

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**KOMPLEXNÍ PÉČE O KLIENTY**  
**SE STŘEVNÍMI DERIVAČNÍMI STOMIEMI**

Bakalářská práce

Autor práce: **Eva Pazderová**

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Schneiderová**

2009

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**COMPLEXCARING FOR PATIENTS  
WITH OSTOMY**

Bachelor's thesis

Author: **Eva Pazderová**

Supervisor: **Mgr. Michaela Schneiderová**

2009

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury

V Hradci Králové .....

.....

Eva Pazderová

Děkuji paní Mgr. Michaele Schneiderové za odborné vedení bakalářské práce a paní Blance Bartákové, stomasestře Oblastní nemocnice v Mladé Boleslavi, za cenné informace.

## OBSAH:

	<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>STOMIE .....</b>	<b>9</b>
1.1	Historické ohlédnutí .....	9
1.2	Definice pojmů .....	10
1.3	Střevní derivační stomie .....	10
1.3.1	Dle času trvání .....	10
1.3.2	Dle chirurgické konstrukce .....	11
1.3.3	Dle umístění na střevě .....	11
1.4	Indikace k založení kolostomie a ileostomie .....	13
1.5	Předoperační příprava .....	14
1.5.1	Dlouhodobá předoperační příprava .....	14
1.5.2	Krátkodobá předoperační příprava .....	16
1.5.3	Bezprostřední předoperační příprava .....	17
1.5.4	Příprava před neodkladným výkonem .....	18
1.6	Pooperační péče .....	18
1.6.1	Bezprostřední pooperační péče .....	18
1.6.2	Následná pooperační péče .....	19
1.6.3	Propuštění do domácího ošetřování – stomaporadna .....	20
1.7	Komplikace stomií .....	21
1.7.1	Časné komplikace .....	21
1.7.2	Pozdní komplikace stomií .....	22
1.7.3	Kožní komplikace .....	23
<b>2</b>	<b>PÉČE O KLIENTY SE STOMIEMI .....</b>	<b>24</b>
2.1	Multidisciplinární tým .....	24
2.2	Péče o umělý střevní vývod .....	26
2.2.1	Stomické pomůcky .....	26
2.2.2	Preskripce pomůcek .....	28
2.2.3	Výměna stomické pomůcky .....	29
2.2.4	Vyprazdňování tlustého střeva výplachem – irigací .....	31
2.3	Vliv stomie na jednotlivé oblasti života .....	33

2.3.1	Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví .....	33
2.3.2	Výživa a metabolismus .....	33
2.3.3	Vylučování .....	36
2.6.4	Aktivita, cvičení .....	36
2.3.5	Spánek, odpočinek .....	38
2.3.6	Vnímání, poznávání .....	38
2.3.7	Sebepojetí, sebeúcta .....	39
2.3.8	Plnění rolí, mezilidské vztahy .....	39
2.3.9	Sexualita, reprodukční schopnost .....	42
2.3.10	Stres, zátěžové situace .....	43
2.3.11	Víra, přesvědčení, životní hodnoty .....	43
<b>3</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>44</b>
3.1	Cíl výzkumu .....	44
3.1.1	Dílčí cíle výzkumu .....	44
3.2	Metodika práce .....	44
3.2.1	Zdroje odborných poznatků .....	44
3.2.2	Charakteristika souboru respondentů .....	44
3.2.3	Užitá metoda šetření .....	45
3.3	Realizace šetření .....	46
3.4	Zpracování získaných dat .....	46
3.5	Interpretace dat .....	47
3.5.1	Demografické údaje výzkumné studie .....	47
3.5.2	Zjišťující část výzkumné studie .....	53
<b>4</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>73</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>84</b>
	<b>ANOTACE .....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>88</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK .....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>98</b>

# ÚVOD

Česká republika zaujímá od počátku 90. let minulého století přední místo celosvětových statistik ve výskytu kolorektálního karcinomu. Kolorektální karcinom je nejčastějším nádorem zažívacího traktu a v pořadí druhým nejčastějším nádorem v ČR u mužů i žen. V průběhu posledních 30 let se jeho incidence v ČR zdvojnásobila. Podle statistiky UZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) z roku 2007 bylo v roce 2005 hlášeno 7 982 případů nově zjištěných případů zhoubného novotvaru kolorekta. Stejně jako v minulých letech byl v roce 2005 pozorován vyšší počet diagnostikovaných případů kolorektálního karcinomu u mužů (4 746) než u žen (3 236). Z hlediska věkového rozložení je méně než čtvrtina případů zhoubných nádorů kolorekta hlášena u osob mladších 60 let. Nádory tlustého střeva u nás jsou příčinou 8% a nádory rektu více než 7% všech úmrtí na onkologická onemocnění. V absolutních číslech to jsou více jak 4000 úmrtí ročně. Za podstatnou příčinu vysoké úmrtnosti je podle Hocha považována okolnost že přibližně polovina nádorů je zjištěna v pokročilém stadiu. (Hoch, 2005, online; UZIS, 2007, online)

Přestože moderní chirurgické postupy umožňují ve stále více případech zachování kontinuity střevní pasáže a svěračů, zůstává problematika umělých střevních vývodů stále aktuální právě z důvodu nárůstu počtu onemocnění, které vytvoření stomie vyžadují. Nádorové nebo zánětlivé onemocnění, úraz či jiné postižení, které je důvodem k založení stomie, může postihnout jedince ve kterémkoliv období života od narození až do vysokého věku.

Vorlíček (2004, s. 213) uvádí, že podle přibližných odhadů žije v České republice kolem 8 500 stomiků. Z výzkumu Petřivalského nadace a agentury Median z roku 2008, který sledoval zastoupení nově operovaných pacientů se stomií vyplývá, že největší podíl tvoří kolostomici, kterých jsou téměř tři čtvrtiny, následují ileostomici s přibližně 17% operací a zbylou necelou jednu desetinu tvoří pacienti s urostomií. V tomtéž šetření bylo zjištěno, že klesá podíl trvalých stomií a vzrůstá počet stomií dočasných, přesto však trvalé stomie tvoří více než tři pětiny výkonů.

Vytvořením stomie dochází ke změně jedné ze základních fyziologických funkcí a to vyprazdňování. Stomik je nucen vypořádat se s novým obrazem svého těla, naučit se o stomii pečovat a přizpůsobit svůj životní styl změnám v oblasti vyprazdňování a intimní hygieny. Tento diskomfort se samozřejmě i přes současnou vysokou kvalitu a široký

sortiment stomických pomůcek významným způsobem odráží do všech oblastí života nemocného. Nicméně kvalitu života stomika ovlivňuje, více než samotná stomie, jeho základní onemocnění, rodinné a sociální zázemí a psychický stav.

Operace vedoucí k založení stomie není začátkem ani koncem péče o stomika. Komplexní péče o klienty se stomiemi je založena na spolupráci multidisciplinárního týmu, vychází z individuálních přání a potřeb klienta, orientuje se na minimalizaci fyzických, psychických, sociálních a společenských následků stomie i základního onemocnění a klade důraz na podporu návratu stomiků k plnohodnotnému aktivnímu životu.

Nezastupitelnou úlohu v péči o klienta se stomií hraje stomasestra, která je pro stomika oporou jak před operačním výkonem, tak během adaptace na novou náročnou životní situaci, hlavní kontaktní osobou a zdrojem informací. Jejím největším úkolem je naučit klienta soběstačnosti při ošetřování stomie.

Teoretická část této práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První shrnuje základní poznatky o problematice střevních derivačních stomií. Druhá část je zaměřena na komplexní péči o klienty - stomiky, životní styl a nejčastější problémy stomiků.

Empirická část práce si klade za cíl zjistit míru spokojenosti klientů s rozsahem a kvalitou péče poskytované stomikům na mladoboleslavsku prostřednictvím dotazníkového šetření. Zjištěné problémy s návrhy řešení by měly posloužit jako zpětná vazba k dalšímu zlepšování péče o klienty - stomiky.

O problematiku péče o stomiky jsem se začala zajímat před několika lety, kdy se v mém blízkém okolí objevil stomik, pokusila jsem se tedy „oprášit“ své vědomosti ze studia na Střední zdravotnické škole, ale doby kdy jsme se učily ošetřovat stomii pomocí stomického pásu a Schmiedenovy pasty jsou naštěstí již dávno pryč.

Od roku 2006 se jako odborná učitelka Střední zdravotnické školy v rámci vedení odborné praxe žáků poměrně často setkávám se stomiky téměř na všech odděleních mladoboleslavské nemocnice a můžu říci, že zdaleka ne všechny sestry ovládají správné ošetření umělého střevního vývodu a to především na pracovištích, kde se se stomiky setkávají spíše výjimečně.



# 1 STOMIE

## 1.1 Historické ohlédnutí

První písemné zmínky o vytvoření umělého střevního vývodu sice pochází již ze starověku, ale ke skutečnému rozvoji operačních technik při konstrukci stomií dochází až v období mnohem pozdějším a to na přelomu 18. a 19. století. Do historie rozvoje stomických technik se zapsal také český chirurg Karel Maydl, který v roce 1888 poprvé provedl dvouhlavňovou sigmoideostomii, která se prakticky stejným způsobem provádí dodnes.

Přestože bylo v tomto období věnováno značné úsilí zlepšování chirurgických postupů střevních vývodů, nelze totéž říci o pooperační péči o pacienty a stomických pomůckách. K jímání střevního obsahu byly používány kovové nebo skleněné nádoby a kožené vaky přidržené páskem. Ty byly později nahrazeny gumovými jímači, které byly u nás používány ještě koncem 50. let minulého století. Velká část nemocných bohužel často neměla přístup ani k těmto primitivním pomůckám a v péči o vývod musela improvizovat.

Zhruba od roku 1960 se u nás začaly používat tzv. Jánošíkovy pásy – zařízení složené ze dvou kovových, později plastových kroužků, mezi něž se upevnil polyetylenový sáček. (Příloha číslo 5) Všechny zmíněné pomůcky byly schopné do jisté míry plnit svou funkci zadržení vylučovaného střevního obsahu u kolostomií, avšak u ileostomií byly zcela nefunkční, neboť mezi kůží a jímkou docházelo vždy k úniku tekutého střevního obsahu, nemluvě o úniku plynů. Absence jakékoliv pooperační a následné péče ve spojení s obtížemi při ošetřování stomie zásadním způsobem omezovaly kvalitu života stomiků, kteří byli prakticky vyřazeni z plnohodnotného aktivního života.

K výraznému zlepšení dochází až po roce 1989, kdy na náš trh začaly pronikat moderní jednorázové adhezivní stomické pomůcky.

O zlepšení péče o stomiky se významným způsobem zasloužila Norma Gill Thompson, která prosadila specializaci „stomasestra“ a založila v roce 1961 na Clevelandské klinice první školu pro stomasestry. V roce 1976 se podílela i na založení mezinárodní organizace stomasester WCET (World Council of Enterostomal Therapists). (Mariňáková, 2008, online; Kleinwächter, 2008, online)

## 1.2 Definice pojmů

- **Stoma** - řecky ústa.
- **Stomie** - umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla.
- **Stomik** - pacient se stomií (vývodem).
- **Stomasestra** - všeobecná sestra specializovaná a vyškolená pro péči o stomie a stomiky. (Vokurka, 2005, s. 858)

## 1.3 Střevní derivační stomie

Obecně je břišní stomií (intestinální) myšleno vyvedení tenkého nebo tlustého střeva na povrch těla k zajištění odvedení (derivace) střevního obsahu při nemožnosti jeho odchodu přirozenou cestou. Celosvětově je pro ně užíván název „ostomy“. (Marková, 2006, s. 18; Vokurka, 2005, s. 182)

Střevní derivační stomie lze rozdělit dle několika kritérií.

### 1.3.1 Dle času trvání

**Dočasná stomie** je střevní vývod, jehož uzavření s obnovením kontinuity střeva je technicky možné operací následující obvykle za 6 týdnů až 3 měsíce. (Šerclová, 2002, online)

„Dočasné stomie jsou konstruovány většinou z těchto důvodů:

- jako pojistka k provedení operačního výkonu níže na střevu
- pro nemožnost okamžitého spojení a obnovení kontinuity střeva z místních důvodů (těžký zánět, zhoršená výživa stěny střevní apod.)
- pro nemožnost radikálního výkonu s obnovením kontinuity střeva přímým spojením z celkových důvodů (celkově špatný stav pacienta).“ (Mrázek 2002, online)

**Trvalá (permanentní) stomie** je střevní vývod, který nebude nikdy zrušen, protože distální část střeva je neřešitelně postižena či byla odstraněna. (Šerclová, 2002, online)

„Trvalé stomie jsou konstruovány v těchto případech:

- po úplném odstranění celého tlustého střeva (ileostomie)

- po odstranění konečníku (sigmoideostomie)
- jako paliativní řešení u stavů (nádor, zánět), kdy nebylo z různých důvodů možné stav řešit radikálním odstraněním příčiny.“ (Mrázek, 2002, online)

### 1.3.2 Dle chirurgické konstrukce

**Dvouhlavňová (axiální) stomie** - stěnou břišní je protažena celá střešní klička. Po otevření střeva má pak stomie dva otvory neboli hlavně - tzv. přívodné (proximální) a odvodné (distální) rameno. (Šerclová 2002, online)

„Stolici a plyny odvádí přívodné rameno. Před každou manipulací (aplikace léků, klyzma) je třeba ozřejmit, která klička je přívodná a která odvodná. I když má pacient stomii, může mu odcházet malé množství stolice konečníkem.“ (Otradovcová, 2006, s. 18)

**Terminální (koncová) stomie** - po resekci střeva je jeho proximální část vyvedena na stěnu břišní, pahýl střeva je pak z důvodu patologického procesu odstraněn (Milesova operace) nebo slepě uzavřen (Hartmannova operace).

**Nástěnná stomie** je vyšití přední stěny střeva ke stěně břišní (nejčastěji cékostomie). Dnes se provádí jen velmi zřídka. „Stomie Witzelova typu je také nástěnná stomie, vytvořená drénem či katetrem zavedeným do střeva přes stěnu břišní. Užívá se pouze k dočasnému odlehčení střešní náplně.“ (Šerclová, 2002, online)

### 1.3.3 Dle umístění na střevě

#### Kolostomie

Kolostomie je souhrnný název pro vývody tlustého střeva (colon). Tlusté střevo může být vyvedeno v různých místech, podle lokalizace se dělí na:

- **sigmoideostomie** - vývod na esovité kličce tlustého střeva umístěný v levém podbřišku, jde o nejčastější typ stomie;
- **transversostomie** - vývod příčného tračníku, nachází se v pravém nebo levém podžebří, zakládá se vzácně;
- **cékostomie** - vývod slepého střeva v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva, vyústěn bývá v pravém podbřišku, používá se k dočasné derivaci plynů a stolice.

Kolostomie má tvar kruhového otvoru o průměru 2-5 cm, její jasné červené zabarvení je dáno barvou střevní sliznice. Z vývodu odchází samovolně plyny a stolice. Úpravou stravy se však pacient může naučit vyprazdňování částečně ovládat. Vzhled střevního obsahu závisí na umístění kolostomie - čím je vývod blíže ke konečníku, tím je obsah tužší, méně objemný a obsahuje také méně plynů. (Marková, 2006, s. 20)

## **Ileostomie**

Ileostomie je vyústění konečné části tenkého střeva (ileum). Většinou bývá vyvedena v pravém dolním kvadrantu břišní stěny. Vzhledem k tomu, že v obsahu tenkého střeva je ještě mnoho tekutiny a trávicích šťáv je potřebné, aby ileostomie vyčnívala několik cm nad kůži (vhodně založená ileostomie má 1-3 centimetrovou manžetu - snižuje se tím kontakt střevního sekretu s kůží a tím i riziko jejího poškození agresivními střevními enzymy). Tvar ileostomie je kruhovitý o průměru 2-2,5 cm, o něco menší než u kolostomie. Ileostomie vylučuje nepřetržitě řídký žlučovitě zelený agresivní obsah který nezapáchá, protože je zde méně bakterií než v tlustém střevě. (Marková, 2006, s.20, Ortadovcová 2006, s.15)

Dělí se:

- **Kontinentní ileostomie** - z tenkého střeva je vytvořen rezervoár (pouch) zakončený ventilovým uzávěrem, který zabraňuje nepřetržitému vytékání střevního obsahu. Střevo se vyprazdňuje v několikahodinových intervalech pomocí katetru. Tato metoda není vhodná pro nemocné s Crohnovou chorobou. (Rayson, 2003, s. 34-35)
- **Loop ileostomie** - je zachována kontinuita zadní stěny ileální kličky, přívodná klička je vysunuta nad úroveň břišní stěny, zatímco ústí odvodné kličky zůstává v úrovni kůže. (Rayson, 2003, s. 27)
- „Zvláštním druhem dvouhlavňové ileostomie je, tzv. **rozdělená ileostomie** kdy se obě kličky vyšijí jako terminální stomie, přívodná odvádí střevní obsah a odvodná slouží k aplikaci léku do střeva postiženého zánětem. Po zhojení se zruší a obnoví se kontinuita střeva.“ (Všetíček, 2003, online)

## 1.4 Indikace k založení kolostomie a ileostomie

„Indikace k trvalé nebo dočasné ileostomii či kolostomii se v podstatě překrývají. V rozhodování zda provést trvalou či dočasnou ileostomii či kolostomii často rozhoduje tíže a lokalizace onemocnění.“ (Marková, 2006, s. 22)

„Nejčastější indikací jsou zhoubné **nádory** rekta, kdy je stále nutné asi u 20 až 30% pacientů provést abdominoperineální amputaci rekta a zhotovit terminální sigmideostomii. Další indikací ať už trvalé či dočasné kolostomie jsou akutní operace při obturujících nádorech. Ponejvíce dvouhlavňová stomie se zakládá také u inoperabilních nádorů rekta a rektosigmoideálního přechodu. Polypózy tračníku tvoří další indikační skupinu, kdy se provádějí totální kolektomie s terminální ileostomií.“ (Vorlíček, 2004, s. 214)

Další onemocnění která mohou vést k založení umělého střevního vývodu:

- **Idiopatické střevní záněty** - Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida.
- **Akutní záněty** - toxické kolitidy, komplikace divertikulóz.
- **Náhlé příhody břišní** - ileozní stavy, perforace střeva.
- **Traumata** - většinou se jedná o dočasné vývody při perforaci střeva při pronikajících nebo tupých střevních poraněních. „Naštěstí méně početnou indikační skupinu tvoří iatrogenní poškození svěračů.“ (Vorlíček, 2004, s. 214)
- **Gynekologické a urologické indikace** - traumata, záněty malé pánve, rektovaginální píštěle, endometrióza, gynekologická a urologická onkologická onemocnění.
- **Inkontinence stolice** - při nedostatečné funkci svěrače.
- **Poškození střeva radioterapií.**
- **Atrezie střeva** v kterémkoli úseku patří k nejzávažnějším vývojovým vadám.
- **Hirschprungova choroba** (megakolon kongenitum) - porucha vývoje parasympatických nervových pletení v určitém úseku střevní stěny s následnou absencí peristaltiky. (Marková, 2006, s. 23)
- **Nekrotizující enterokolitida** u nedonošených novorozenců - vzniká jako komplikace nízké porodní hmotnosti.
- **Mekoniový ileus** - neprůchodnost střeva způsobená abnormálně přilnavou smolkou. (Bendová, 2009, online)

## 1.5 Předoperační příprava

Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro chirurgický zásah a končí převozem pacienta na operační sál. Cílem předoperační péče je připravit pacienta fyzicky i psychicky nejen na samotný operační výkon ale i na změny, které budou následovat po založení stomie. Předoperační příprava se významně liší u plánovaného a akutního výkonu.

### 1.5.1 Dlouhodobá předoperační příprava

**Psychická příprava** pacienta je velice důležitá a měla by být zahájena co nejdříve. V okamžiku, kdy je nemocný informován o své diagnóze a nutnosti chirurgického řešení prožívá těžké chvíle. Založení stomie patří mezi pacienty nesporně k nejobávanějším chirurgickým výkonům. Ve společenském podvědomí znamená stomie něco odpudivého, nečistého, zapáchajícího. V případě onkologické diagnózy k tomu navíc přistupuje strach ze samotného onemocnění a obava z blížícího se konce života. (Marciková, 2004, online)

Nejprve by měl být budoucí stomik vhodnou, citlivou a pro něho srozumitelnou formou poučen ošetřujícím lékařem o důvodech, typu, průběhu, následcích a možných komplikacích operace i základního onemocnění. Důležité je respektování všech obav klienta a neodsuzovat jej pokud operaci odmítne.

„Následovat by měl psychologicko edukační pohovor pacienta se stomasestrou, která jej informuje o problémech, které pacienty se stomií provází a možnostech jejich řešení. A to i v případě kdy jde o akutní výkon a na dostatečnou přípravu nezbývá mnoho času.“ (Marková, 2006, s. 27)

Stomasestra nemocnému důkladně vysvětlí a na modelu, případně na edukační videokazetě ukáže jak vypadá a jak funguje stomie. Předvede jednotlivé druhy a typy stomických pomůcek, doplňkového sortimentu, ukáže způsob jejich použití a postup při ošetřování stomie. Budoucí stomik je poučen o změnách v oblasti osobní hygieny, vhodné úpravě jídelníčku, pitného režimu, oblékání, eventuálně o nutnosti změny pracovního zařazení a „problematicke sexuálního života, pokud se na ní ptá.“ (Marková, 2006, s. 28) Jsou mu zodpovězeny všechny dotazy a je informován o možnosti rozhovoru s psychologem. Dále je nezbytné nemocného seznámit s předoperační přípravou a pooperační péčí na JIP a na standardním oddělení.

Během psychologicko - edukačního pohovoru je vhodná přítomnost rodinného příslušníka či jiné blízké osoby, která může pacienta významným způsobem podpořit a pomoci mu překonat tuto novou životní situaci. Je však třeba respektovat přání a rozhodnutí klienta, komu a v jakém rozsahu mohou být poskytnuty informace o jeho zdravotním stavu.

V průběhu rozhovoru sestra také získává informace o sociálním zázemí klienta, na jejich základě pak případně navazuje spolupráci se zdravotně - sociálním pracovníkem.

Budoucí stomik odchází vybaven edukačními materiály, informačními brožurami a kontaktem na stomasestru. Další schůzka by měla proběhnout těsně před termínem operace, případně dle zvyklostí zdravotnického zařízení navštíví stomasestra pacienta po jeho přijetí na lůžkové oddělení.

**Kompletní předoperační vyšetření** je nezbytnou součástí předoperační přípravy. Cílem interdisciplinárního týmu je zhodnocení celkového zdravotního stavu nemocného, posouzení stupně operačního rizika a navržení optimálního operačního a anesteziologického postupu. Úlohou sestry v tomto období je příprava klienta před vyšetřením, sledování po vyšetření, edukace a jeho psychická podpora.

**Chirurgické vyšetření** spočívá ve vlastní diagnostice onemocnění vyžadujícího chirurgickou intervenci a v určení optimálního operačního postupu. Chirurgickou přípravu řídí indikující chirurg ve spolupráci s odborníky diagnostických pracovišť.

**Interní předoperační vyšetření** spadá do kompetencí praktického lékaře či internisty, zaměřuje se na zhodnocení a kompenzaci celkového fyzického stavu nemocného a jeho přidružených onemocnění, případně indikuje další odborná vyšetření. Cílem je zjistit zda je klient schopen operačního výkonu a celkové anestezie, posoudit rizika zátěže operačního výkonu vzhledem ke zdravotnímu stavu a upozornit na možné hrozící komplikace. Vyšetření nesmí být starší 14 dnů.

**Předanesteziologické vyšetření** zpravidla probíhá v anesteziologické poradně. Je zaměřeno na zhodnocení předchozích vyšetření, klasifikaci rizik spojených s anestezií, stanovení plánu anesteziologické péče s ohledem na stav nemocného, typ výkonu a možnosti zdravotnického pracoviště, případně na doporučení dalších vyšetření, dále na volbu premedikace, úpravu chronické medikace a infuzní přípravu.

**Onkologická příprava** - neoadjuvantní chemo-radioterapie u onkologických onemocnění má za cíl ozářením a chemoterapií zmenšit nádor a snížit riziko rozsevu metastáz během operace. Při pokročilých nádorech způsobujících komplikace (obstrukce, krvácení) se provádí nejprve operace a založení stomie. (Hoch, 2005, online)

### 1.5.2 Krátkodobá předoperační příprava

Za krátkodobou předoperační přípravu je označováno období 24 hodin před výkonem, prakticky však většinou začíná příjmem klienta na standardní chirurgické oddělení.

Nemocný si přináší výsledky kompletního předoperačního vyšetření. Lékař klienta podrobně informuje o výkonu a možných komplikacích, odpoví na dotazy. Součástí rozhovoru je podepsání informovaného souhlasu s operací a hospitalizací.

Po přijetí sestra klienta seznámí se stavebním uspořádáním, domácím řádem a zvyklostmi oddělení, dále s předoperační přípravou, pooperačním pobytem na JIP a celým průběhem hospitalizace. Během edukačního rozhovoru a sběru ošetřovatelské anamnézy se snaží získat důvěru klienta a svým empatickým profesionálním přístupem ho uklidnit.

**Všeobecná předoperační příprava** u nemocného před operací na střevech se neliší od jiných operací a zahrnuje:

- Kontrolu anesteziologem zpravidla večer před operací, který zkontroluje a případně doporučí další vyšetření, ordinuje či upřesní večerní a ranní premedikaci. Součástí anesteziologické přípravy je podepsání informovaného souhlasu s anestezií pacientem.
- Lačnění – minimálně 6 až 8 hodin před operací by nemocný již neměl ani pít a žvýkat. Kouřit by neměl alespoň 1 den před operačním výkonem.
- Celková koupel, umytí vlasů, odstranění make-upu, náplastí, mastí a laků na nehty.
- Příprava operačního pole spočívá v očištění umbilikální oblasti a vyholení od prsních bradavek po třísla.
- Odstranění veškerých šperků a jejich uložení spolu s ostatními cennostmi do trezoru.
- Prevence tromboembolických komplikací podáním nízkomolekulárního Heparinu dle ordinace ošetřujícího lékaře.
- Nácvik pooperačního stavu – odkašlávání, fixace operační rány při vstávání, atd.
- Odpočinek - podání premedikace na noc dle ordinace anesteziologa, zajištění podmínek pro klidný spánek před operací.
- ATB profylaxe.
- Další individuální příprava dle plánovaného rozsahu operačního výkonu, základního onemocnění a přidružených chorob klienta, dle zvyklostí pracoviště a ordinace lékaře, např. zajištění krevních derivátů, zavedení nazogastrické sondy, centrálního nebo periferního žilního katetru, parenterální hydratace.



**Speciální příprava** spočívá ve vyznačení optimálního umístění stomie a v očištění střeva.

**Vyznačení budoucího místa stomie** - „Střevní vývod by měl být umístěn na břišní stěně tak, aby bylo možné snadné přiložení stomické pomůcky – co nejdále od kožních záhybů, jizev, pupku či žeberních oblouků a kostí pánevního kruhu. Stomasestra vyzkouší klientovi před operací cvičnou pomůcku v různých polohách (sed, leh, úklon) s ohledem na součásti oděvu (např. pásek). Poté vyznačí optimální místo na kůži, které se chirurg snaží při operaci respektovat.“ (Vorlíček, 2004, s. 215) Vždy by měly být současně zakresleny dvě varianty - kolostomie i ileostomie.

Pokud nemocný neprošel dlouhodobou předoperační přípravou, stomasestra zajistí psychologicko - edukační rozhovor.

**Profylaxe střeva** - postup přípravy střeva se odvíjí od zvyklostí pracoviště, aktuálního stavu nemocného a přání operátora. Profylaxe střeva začíná již v domácím prostředí úpravou diety. Dva dny by měla být strava bezzbytková s dostatkem tekutin, den před operací bývají ordinovány pouze tekutiny. Vyprázdnění střeva se většinou provádí perorálním podáním osmoticko - koloidního solného roztoku např. Fortrans, který se podává ve dvou dávkách den před operací. Střevo musí být důkladně vyprázdněno – nemocný se vyprazdňuje „do vody“, to znamená že stolice je čirá, vodnatá, bez příměsí (Marešová, 2007, online)

V případě potíží s vyprázdněním zejména u stavů které vedou k částečné stenóze se doporučuje pozvolné ortográdní vyprazdňování doplněné vyprazdňováním střeva pod stenózou nálevy. (Mann, 1995, s. 155)

Přípravu je nezbytné načasovat tak aby pacient před operací prožil klidnou noc.

### 1.5.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava by měla být zahájena minimálně dvě hodiny před operací.

- Sejmутí zubních protéz, vyjmutí kontaktních čoček, sluchadel a dalších kompenzačních pomůcek.
- Kontrola dokumentace a kompletace výsledků vyšetření, informovaných souhlasů a zápisu premedikace,
- Kontrola a odmaštění operačního pole.

- Přiložení elastické bandáže dolních končetin.
- Podání premedikace.
- Vymočení nebo zavedení permanentního močového katetru.
- Další postup dle ordinace lékaře, zvyklostí pracoviště a celkového stavu pacienta.
- Transport na sál, předání nemocného a dokumentace anesteziologické sestře.

#### **1.5.4 Příprava před neodkladným výkonem**

O rozsahu nezbytných vyšetření spolurozhoduje operatér a anesteziolog, případně přivolaný interní konsiliář. Pomocná a laboratorní vyšetření jsou individuálně indikována podle stavu nemocného, časových možností a dostupnosti metodik. Hrozí zvýšené riziko komplikací z důvodu krátkého času na přípravu, nedostatku vstupních informací a celkového stavu pacienta vyžadujícího neodkladný výkon. (Skalická, 2007, s. 38)

Příprava před neodkladným výkonem se zužuje na:

- Edukaci lékařem i sestrou, podepsání informovaného souhlasu pacienta s operací a anestezií.
- Statimová vyšetření dle ordinace lékaře.
- Hygienu, pouze odstranění hrubých nečistot, příprava operačního pole.
- Sejmutí šperků a kompenzačních pomůcek.
- Není-li nemocný nalačno – dle ordinace anesteziologa zavedení nazogastrické sondy k odsávání žaludečního obsahu.
- Vymočení či zavedení permanentního močového katetru.
- Prevenci tromboembolické nemoci, premedikace.

### **1.6 Pooperační péče**

#### **1.6.1 Bezprostřední pooperační péče**

Dle závažnosti operačního výkonu, celkového stavu, přidružených chorob a pooperačních komplikací bývá nemocný uložen na lůžko chirurgické či multioborové JIP nebo ARO.

Bezprostřední pooperační péče spočívá ve sledování celkového stavu, monitorování vitálních funkcí, péči o invazivní vstupy a o operační ránu, sledování funkčnosti a obsahu redonova drénu, podávání antibiotické profylaxe, pravidelném hodnocení a léčbě bolesti, prevenci tromboembolických a dalších komplikací z imobilizace.

Výživa a hydratace bývá až do obnovy střevní peristaltiky a vyprazdňování stolice zajištěna aplikací parenterální výživy, dále následuje postupný přechod přes tekutou a kašovitou stravu na dietu šetřící.

Po operaci bývá obvykle nalepen 48 hodin jednodílný, výpustný a průhledný sáček aby byla možná vizuální kontrola tvaru, velikosti, barvy a otoku stomie, množství a barvy obsahu. Sáček se vypouští při náplni do 1/3. Důležité je i sledování odchodu plynů.

V bezprostředním pooperačním období pečuje o umělý střevní vývod sestra. Dle psychického stavu nemocného je možné začít s postupnou základní edukací, je však nutné přistupovat ke každému stomikovi individuálně a ke spolupráci ho nenutit. (Marková, 2006, s. 29-31; Otradovcová, 2006, s. 28-29; Lukáš, 2005, s. 261)

### **1.6.2 Následná pooperační péče**

Po stabilizaci celkového stavu, zpravidla druhý pooperační den, je klient přeložen na standardní chirurgické oddělení kam za ním dochází stomasestra. „První okamžik, kdy začne stomií odcházet stolice je pro nemocného šokující a traumatizující. Informace které sestra pacientovi předává je nutné dávkovat po částech dle psychického a fyzického stavu.“ (Marková, 2006, s. 30)

Nácvik sebedpéče probíhá postupně od pasivní výměny na lůžku s částečnou spoluprací klienta až po samostatné kompletní ošetření před dimisí. „Nejprve sestra provádí edukaci u ležícího pacienta, který v zrcadle sleduje průběh výměny stomického systému. Sestra celý postup slovně komentuje a podrobně vysvětluje.“ (Otradovcová, 2006, s. 31)

Klient je postupně seznamován s péčí o kůži v okolí stomie, s vhodnými pomůckami, jejich správným používáním a likvidací, o možném vzniku komplikací a jejich zvládání. Důležitý je správný výběr stomické pomůcky která musí odpovídat tvaru stomie, stavu okolí stomie, kvalitě kůže ale i manuální zručnosti stomika. Edukace je snazší, pokud klient prošel důkladnou přípravou před operací a lze navázat na již získané vědomosti. Výhodou je zapojení blízké osoby do edukace, respektujeme však přání klienta.

V tomto období se klient začíná postupně adaptovat na novou životní situaci, proto je důležité ho podporovat v soběstačnosti, sebedůvěře, trpělivě, citlivě a opakovaně zodpovídat otázky, chválit ho.

Před propuštěním z nemocnice by měl být klient poučen o doporučených režimových opatřeních, vhodné úpravě jídelníčku, pitného režimu, vybavení domácího „stomakoutu“ a v neposlední řadě o existenci klubů stomiků a jiných svépomocných organizací. (Marková, 2006, s. 29-31; Otradovcová, 2006, s. 28-29; Lukáš, 2005, s. 261)

### **1.6.3 Propuštění do domácího ošetřování - stomaporadna**

„K propuštění klienta do domácího ošetřování by mělo dojít až po domluvě chirurga a stomasestry, která ručí za soběstačnost klienta. Pokud soběstačný není, edukuje rodinu. Osamělého a nesoběstačného klienta předává do agentury domácí péče nebo do následného zařízení. O propuštění klienta informuje lékař. Klient odchází domů vybavený:

- termínem a místem první kontroly a jménem lékaře
- pomůckami na 1 měsíc
- telefonickým kontaktem do proktologické poradny
- kontaktem na stomasestru (mobilní telefon)
- firemní taštičkou s edukačními brožurami, informačními letáky a nůžkami
- firemními kontakty, které může ale nemusí využít.“ (Otradovcová 2006, s.34)

Propuštěním z nemocnice péče o stomika nekončí. Nemocný je dispenzarizován v proktologické ambulanci při chirurgickém oddělení a dle povahy základního onemocnění také v onkologické ambulanci.

Termín první kontroly ve stomaporadně bývá většinou za týden po propuštění. Stomasestra při kontrole sleduje nejen stav stomie ale především psychický stav klienta. Zjišťuje jak pacient zvládá sebepéči v domácím prostředí, kontroluje vhodnost pomůcek, pokud nevyhovují doporučí jiný typ.

Stomasestra podává informace o financování stomických pomůcek pojišťovnami, limitech na měsíc, seznamuje s novinkami v pomůckách a sociální podpoře. Informuje také o možnosti lázeňské léčby. Další návštěvy ve stomaporadně jsou plánovány individuálně. (Marková, 2006, s. 32-33, Vorlíček 2004, s. 219)

## 1.7 Komplikace stomií

„Nejčastějšími příčinami stomických komplikací jsou: chybná konstrukce stomie, nevhodné umístění, nedostatečná péče, špatně zvolené stomické pomůcky nebo kombinace uvedených příčin.“ (Šíroká, 2008, online)

**Nevhodné umístění stomie** je častou komplikací u pacientů kterým nebyla před operací správně zakreslena stomie a vyzkoušena pomůcka. Stomie je umístěná v kožní řase, v jizvě, v tříslé, pod žeberním obloukem, na boku nebo v operační ráně. Důsledkem je jednak nepřiměřeně vysoká spotřeba špatně držících pomůcek, možnost vzniku dalších komplikací ale především zhoršení kvality života pacienta. Ke kompenzaci je nezbytné použití flexibilních stomických pomůcek, vyrovnávacích past a hydrokoloidních destiček, v případě trvalé stomie dle závažnosti i chirurgické řešení. Prevencí je volba správného místa a dodržení kruhového tvaru ústí stomie.

### 1.7.1 Časné komplikace

- **Krvácení:** z důvodu bohatého prokrvení střevní stěny je drobné krvácení z okraje stomie během výměny sáčku poměrně běžné. Častější drobná krvácení se mohou vyskytovat u nemocných s poruchou hemokoagulace. Větší krvácení může být způsobeno zánětem, mechanickým poškozením střeva nebo prorůstajícím nádorem u pokročilých onkologických onemocnění. Krvácení řeší chirurg dle příčiny konzervativně nebo operační revizí.
- **Nekróza okrajů stomie** vzniká z důvodu nedostatečného prokrvení. Přerušení krevního zásobení může být způsobeno chybnou operační technikou, otokem nebo nevhodným přiložením stomické pomůcky. Částečná nekróza se může spontánně vyhojit bez následků nebo za cenu stenotizace vývodu. V horším případě dojde k rozpadu stomie, pak je nutná reoperace.
- **Parastomální absces** je poměrně vzácnou komplikací, vzniká jako následek hematomu a vyžaduje chirurgickou intervenci.
- **Otok stomie** se objevuje po manipulaci se střevem. Většinou odezní spontánně, vhodné je přiložení chladného obkladu.
- **Dočasná močová inkontinence** není komplikací stomie ale důsledkem operace.

### 1.7.2 Pozdní komplikace stomií

- **Prolaps (výhřez) stomie** je častou komplikací. Střevo může prolabovat až několik desítek centimetrů před břišní stěnu. Příčinou bývá nevhodná konstrukce stomie a trvale zvýšený nitrobřišní tlak. Sliznice vyhřezlého střeva je snadno zranitelná, náchylná k častému krvácení, v krajním případě může dojít k uskřinutí vyhřezlého úseku střeva. Ošetřování prolabované stomie je pro klienta velmi náročné, je třeba volit flexibilní pomůcky s velkou lepící plochou a výměnu provádět vleže s pomocí druhé osoby. Při větším prolapsu je nutná chirurgická intervence. Nikdy střevo nereponujeme násilím zpět do dutiny břišní.
- **Retrakce (vtažení) stomie** vzniká z důvodu chybné operační techniky jako důsledek nekrózy a hnisání kolem stomie nebo vlivem změny tělesné hmotnosti. Stomie může být vtažena až několik centimetrů pod úroveň kůže. Retrakce bývá spojena se stenózou. Vpadlá stomie komplikuje přikládání stomických pomůcek a jejich fixaci, dochází k podtékání střevního obsahu pod podložku a dráždění okolí. K ošetřování retrahované stomie je nezbytné použití vhodných pomůcek jako např. flexibilních konvexních podložek, ochranných těsnících kroužků nebo destiček z hydrokoloidního materiálu. Je třeba věnovat zvýšenou péči iritované kůži v okolí stomie.
- **Stenóza stomie** vzniká postupným zužováním ústí stomie vlivem nevhodné konstrukce nebo zjizvení. Dochází k poruchám vyprazdňování až k úplnému znemožnění odchodu stolice. Stenózu je třeba dilatovat prstem nebo plastovým dilatátorem, současně je nutná úprava dietního režimu a dostatečná hydratace. Těsná stenóza nebo uzávěr stomie vyžadují chirurgickou revizi.
- **Parastomální kýla** je nejčastější komplikací umělého střevního vývodu. Vzniká vsunutím obsahu dutiny břišní (tenké střevo, tlusté střevo, omentum) mezi otvor ve stěně břišní a vlastní střevní vývod při oslabení břišní stěny. Kolem stomie se vytvoří vyklenutí, které se postupně zvětšuje. Kýla bývá často spojena s prolapsem. Její nejzávažnější komplikací je uskřinutí střeva s následnou střevní neprůchodností. Prevence parastomální kýly spočívá ve správné operační technice, zvolení vhodného místa budoucí stomie a zamezení zvyšování nitrobřišního tlaku v pooperačním období. Malou kýlu lze kompenzovat břišním pásem. Velké kýly znesnadňují přikládání pomůcek a lze je řešit pouze operací.

### 1.7.3 Kožní komplikace

Kožní komplikace patří k nejčastějším problémům stomika a významně ovlivňují jeho kvalitu života.

- **Macerace** vlivem zvýšené vlhkosti způsobené zatékáním střevního obsahu pod podložku nebo používáním pomůcek nedostatečně odvádějících pot.
- **Nadměrně suchá kůže** souvisí mimo jiné také s věkem. Na extrémně suché kůži vznikají drobné trhlinky čímž dochází k poruše kožní integrity a riziku vzniku infekce.
- **Podráždění až ekzematizace kůže** v okolí stomie vlivem opakovaného mechanického a chemického dráždění.
- **Infekce na kůži.** Ke vzniku zánětlivých komplikací přispívá celkové oslabení organismu nemocného po opakovaných operacích, diabetes mellitus nebo imunodeficiencie. Nejčastěji bývá způsobena candidou albicans. (Marková, 2006, s. 37)
- **Alergická reakce** na alergen obsažený v používané pomůcce či přípravku k ošetření stomie.
- **Folikulitida** - zanícení chlupových váčků po traumatickém vytržení při výměně pomůcky.

Hojení kožních komplikací bývá pomalé a pro nemocného fyzicky i psychicky vyčerpávající. Nejúčinnější je řešení příčiny vzniklých komplikací, které ve většině případů nebývá snadné. Proto je nezbytné kožním komplikacím předcházet výběrem vhodných stomických pomůcek, jejich správným používáním, co nejméně traumatizujícím postupem při ošetřování stomie a důslednou péčí o peristomální kůži. Předoperačně je vhodné provést alergický test nalepením hmoty z podložky na předloktí.

## 2 PÉČE O KLIENTY SE STOMIEMI

„Vytvoření stomie znamená pro pacienta hluboký zásah do osobnosti a životního stylu. Do jaké míry a jak rychle se s daným stavem vyrovná záleží mimo jiné na způsobu přípravy před samotným výkonem dále pak na vedení a ošetřování během hospitalizace a následné péči po propuštění z nemocnice.“ (Marková, 2006, s. 26)

### 2.1 Multidisciplinární tým

Založení stomie se odráží do všech oblastí života nemocného; do oblasti tělesné, psychické, sociální i ekonomické. Kvalitní komplexní péče vycházející z individuálních potřeb stomika by proto nebyla možná bez dobře organizované spolupráce celého zdravotnického týmu, jehož společným cílem je navrátit klienta s umělým střevním vývodem do plnohodnotného osobního, pracovního i společenského života. Na komplexní péči o stomika v rámci multidisciplinárního týmu spolupracují:

- **Praktický lékař**, který se podílí na prevenci a screeningu a diagnostice onemocnění, odesílá nemocného k odbornému vyšetření, zajišťuje předoperační vyšetření a kompenzaci přidružených chorob. V některých případech také supluje nepřítomnost nebo nedostupnost stomaporadny.
- **Chirurgický tým** v čele s ošetřujícím lékařem zajišťuje diagnostiku vlastního onemocnění, určení optimálního terapeutického postupu, jeho realizaci a následnou lékařskou péči.
- **Tým všeobecných sester** a zdravotnických nelékařských profesí, vykonávajících svou činnost pod odborným dohledem všeobecných sester, zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v průběhu diagnostiky onemocnění, předoperační přípravy, pooperační a následné péče.
- **Týmy diagnostických pracovišť** zajišťující nezbytná předoperační a kontrolní vyšetření.
- **Anesteziologický tým** zabezpečuje anesteziologickou předoperační přípravu, vlastní anesteziologickou perioperační péči, případně dle stavu nemocného následnou pooperační péči na ARO.



- **Lékaři jiných oborů** – individuálně dle celkového stavu nemocného a jeho přidružených chorob.
- **Fyzioterapeut** se aktivně účastní předoperační přípravy nemocného nácvikem pooperačního stavu, v pooperačním období dle aktuálního stavu nemocného aplikuje fyzioterapeutické metody jejichž prostřednictvím cíleně ovlivňuje funkce dalších systémů, včetně psychických funkcí, předchází komplikacím z imobility a podílí se na obnově sebepéče nemocného.
- **Nutriční terapeut** na základě vyhodnocení nutriční anamnézy nemocného navrhuje změny v předepsané dietě, způsobu přijímání stravy či doplnění stravy potravinovými doplňky. Provádí edukaci stomiků ohledně výživových doporučení, vhodné skladby jídelníčku a pitného režimu včetně doporučení vhodných výživových doplňků.
- **Zdravotně-sociální pracovník** napomáhá nemocným, kteří se v důsledku svého onemocnění mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci. Ve spolupráci s orgány veřejné správy navrhuje sociální opatření, napomáhá integraci pacientů do společenského prostředí a k aktivní účasti na této integraci získává pacienti a jejich sociální okolí.
- **Klinický psycholog** na základě psychologické diagnostiky poskytuje neodkladnou péči v případě akutních psychických krizí a traumat v souvislosti se základním onemocněním a přijetím nové životní situace. Dále provádí psychoterapii, socioterapii, rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí.
- **Agentury domácí péče** zajišťují odbornou ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta. V případě porušené soběstačnosti klienta je však nezbytná spolupráce rodiny.
- **Oddělení následné péče** přebírá do své péče klienta s poruchou soběstačnosti který nemá vhodné sociální zázemí.
- **Sociální zařízení** (Domov důchodců, Dům s pečovatelskou službou, Penzion) – pokud klient žil před operací v tomto zařízení, vrací se po propuštění z nemocnice zpět.
- **Hospic** – zařízení poskytující paliativní péči klientům v terminálním stadiu onkologického onemocnění.
- **Onkologický tým** – zajišťuje onkologickou předoperační a pooperační léčbu a dispenzarizaci u klientů jejichž základní onemocnění je onkologické povahy.
- **Stomasestra** – zastává nezastupitelnou úlohu v péči o klienta se stomií. Kompetence stomasestry stanovuje vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky číslo 424/2004 Sb. ze dne 30. června 2004: „Sestra pro péči o pacienti ve vybraných

klinických oborech s klinickým zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty se stomiemi:

1) bez odborného dohledu a bez indikace provádí poradenskou činnost pro pacienty s břišními stomiemi, seznamuje pacienty se sortimentem stomických pomůcek a doporučuje vhodné pomůcky, provádí instruktáž o manipulaci s pomůckami, nacvičuje s pacienty, případně s osobami jimi určenými výplach stomie, připravuje pacienty a osoby jimi určené k soběstačnosti ve vlastním sociálním prostředí a doporučuje změny domácích podmínek,

2) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vyhledává a označuje optimální místo pro budoucí břišní stomii.“

## **2.2 Péče o umělý střevní vývod**

### **2.2.1 Stomické pomůcky**

V současnosti na náš trh dodává kompletní sortiment stomických pomůcek a doplňkového materiálu několik výrobců: ConvaTec, Coloplast, B|Braun, Dansac a nově od roku 2008 ještě firmy Welland a Incom.

Každý klient má možnost si vyzkoušet a používat pomůcky od kterékoli firmy. Volba vhodné pomůcky závisí na typu stomie, vlastnostech pokožky, na specifických potřebách a aktivitě stomika.

#### **Základní pomůcky:**

**Jednodílný systém** - sběrný sáček a přilnavá podložka tvoří jeden celek. Po naplnění se mění vždy celá pomůcka, takže kůže může být více drážděna. Výhodou jednodílné pomůcky je její nízký profil, tedy větší diskrétnost.

**Dvoudílný systém** je tvořen podložkou, která pevně přilne ke kůži, kde vydrží 3 až 7 dní. K ní se pomocí plastového přírubového kroužku připojí jímací sáček. Výhodou dvoudílného systému je méně časté dráždění kůže při výměně sáčku. Všechny typy podložek lze kombinovat se všemi druhy sáčků dvoudílného systému za předpokladu, že mají stejný průměr přírubového kroužku.

**Systém adhezivní technologie** kombinuje výhody obou druhů výše zmiňovaných pomůcek. Jedná se o dvoudílný systém, kdy se sáček s podložkou k sobě připojují pomocí lepicí plochy. Pomůcka je diskretní, šetrná ke kůži a vhodná i pro klienty s omezenou zručností.

V jednodílném i dvoudílném systému se dodávají **sáčky** uzavřené - kolostomické a výpustné - ileostomické. Sáčky jsou opatřeny uhlíkovým filtrem, který pohlcuje zápach při odchodu plynů. Při přelepení filtru terčíkem, který je součástí balení je možné se s nalepeným sáčkem koupat. Pro krátkodobé použití jsou určeny sáčky o menším obsahu, velkoobjemové sáčky jsou vhodné zejména v ranném stadiu stomie. Většina typů sáčků obsahuje na zadní stěně aktivní vrstvu odvádějící pot.

**Podložky** musí pevně přilnout ke kůži. Existují tři základní typy podložek: **pevné** - celoželatinové, **flexibilní** se želatinovým středem a okrajem z mikroporu a **konvexní**, které mají tvar misky vhodné zejména pro retrahované stomie.

#### **Ochranné a čistící prostředky:**

**Čistící prostředky** slouží k omytí a očištění peristomální pokožky, v nabídce firem jsou různé mycí pěny, čistící roztoky a vlhčené ubrousky které jsou vhodné zvláště v situacích kdy stomik nemá k dispozici čistou vodu, například při cestování.

**Odstraňovač náplastí** napomáhá šetrnému sejmutí podložky nebo samolepicího sáčku, čistí pokožku a odstraňuje nežádoucí zbytky pasty a lepidla.

**Pohlcovač pachů** je určen k potlačení nežádoucího zápach během vyprazdňování nebo výměny sáčku. Výrobci jej nabízejí ve formě kapek, tablet případně zásypu které se aplikují do stomického sáčku nebo ve formě spraye.

**Gelová tableta** zahušťující řídký obsah sáčku zabraňuje zpětnému zatékání směrem ke stomii. Je důležité upozornit klienta, že tableta není určena k polykání, ale vkládá se do sáčku.

**Ochranný krém** předchází vysoušení a iritaci pokožky pod podložkou, má zklidňující a hydratační účinky, rychle se vstřebává a je nemastný, neovlivní tedy přilnavost podložky nebo lepicí plochy k pokožce.

**Ochranný film** se nanáší na kůži před přiložením pomůcky. Chrání peristomální kůži, působí příznivě při drobných kožních problémech a zároveň způsobuje lepší přilnavost pomůcky.

**Zásypový pudr** slouží ke zklidnění pokožky pod podložkou. Je třeba ho nanášet ve velmi tenké vrstvě aby nezpůsobil nedostatečné přilnutí podložky.

**Adhezivní pasta** slouží k vyplnění prostoru mezi okrajem stomie a podložkou, tím brání zatékání obsahu pod podložku, zabraňuje dráždění kůže a prodlužuje životnost podložky. Pasta nelepí, proto ji nanášíme kolem stomie až po nasazení pomůcky.

**Ochranná pasta** je vhodná k vyrovnání jizev, kožních záhybů a jiných nerovností v okolí stomie. Zvyšuje bezpečnost proti podtékání a prodlužuje dobu nošení pomůcky. Tato pasta je lepkavá takže nebrání přilnutí podložky. Lépe se roztírá po navlhčení.

**Ochranné těsnicí kroužky, půlkroužky a destičky** vyrobené z hydrokoloidního materiálu slouží k vyrovnání nerovností v okolí stomie, mohou být také použity u vpadlých stomií. Tyto pomůcky lze tvarovat dle individuální potřeby.

**Fixační pásek** je určen především pro fyzicky aktivní klienty, napomáhá většímu pocitu jistoty při zvýšené aktivitě, sportu nebo cestování. Lze použít pouze s dvoudílným systémem.

**Zvláštní pomůcky:** irigační soupravy, krytky a stomické zátky. (ConvaTec, online; Coloplast, online; B|Braun online; Dansac online; Welland, online; Incom, online; Shaz's Ostomy Pages, online)

## 2.2.2 Preskripce pomůcek

Pro stomika je důležité vědět na kolik pomůcek má nárok, na jaké období lze pomůcky najednou předepsat, kdo může pomůcky předepsat a zda jsou plně hrazené.

Pomůcky může předepisovat smluvní lékař pojišťovny s odborností, praktický lékař, chirurg, urolog a internista. V rámci koloproktologické poradny, kde pracuje ve spolupráci s chirurgem stomická sestra, předepisuje tyto pomůcky ona.

Pomůcky lze předepsat nejvýše na dobu 3 měsíců, nelze je však předepisovat zpětně. Pokud je stanovený limit spotřeby pomůcek nedostačující (např. při průjemových onemocněních, velkém zjizvení v okolí stomie, kožních komplikacích) může být navýšen. Toto navýšení musí schválit revizní lékař. Je však vhodné uvažovat o jiném typu pomůcky či jiném způsobu ošetřování.

Pomůcky jsou vydávány na základě "Poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku" ve speciálních výdejnách. Firmy zajišťují také dodání stomických pomůcek prostřednictvím zásilkové služby.

Naprostá většina stomických pomůcek všech firem na našem trhu je plně hrazena zdravotními pojišťovnami. U některých pomůcek je nutné schválení revizním lékařem

## **Měsíční limity spotřeby stomických pomůcek**

### **Pomůcky ileostomické:**

- jednodílný systém - výpustné sáčky maximálně 30 ks;
- dvoudílný systém - výpustné sáčky maximálně 30 ks, podložky maximálně 10 ks.

### **Pomůcky kolostomické:**

- jednodílný systém - uzavřené sáčky maximálně 60 ks;
- dvoudílný systém - uzavřené sáčky maximálně 60 ks, podložky maximálně 10 ks;
- krytky a zátky stomické - maximálně 60 ks měsíčně, maximálně do výše 3100,- Kč za rok, jejich předpis podléhá schválení revizního lékaře.

## **Limity spotřeby příslušenství**

- **Ochranné stomické prostředky** - maximálně 360 g ročně, nejvýše do 2760,- Kč.
- **Čistící stomické prostředky** - nejvýše do 1500,- Kč, za čtvrtletí, předpis podléhá schválení revizním lékařem.
- **Pásy a přídržné prostředky** - maximálně 2 balení ročně. (ILCO online)

### **2.2.3 Výměna stomické pomůcky**

Nejvhodnější doba na výměnu stomické pomůcky je před jídlem. Výměna pomůcky by měla probíhat v diskrétním prostředí, nejlépe ve vyčleněném stomakoutu v koupelně vybavené zrcadlem, kde má klient po ruce všechny potřebné pomůcky

Výměnu stomické pomůcky je nejvhodnější provádět ve stoje, v případě prolabované stomie v leže. Při ošetřování stomie je třeba postupovat velmi šetrně – ve sliznici střeva sice nejsou nervová zakončení pro vnímání bolesti proto není citlivá na pohmat ale z důvodu bohatého prokrvení střevní stěny může snadno dojít ke krvácení

Samotnou stomickou pomůcku je třeba předem připravit. Pomocí šablony se změří největší průměr stomie a na podložce se podle tvaru stomie vystřihne otvor tak aby podložka stomii obkružovala ale neškrtila. Otvor by měl být o 2-5 mm větší než průměr stomie. Nedoporučuje se stříhat více pomůcek dopředu, velikost stomie se může průběžně změnit např. zmenšit po odeznění pooperačního otoku.

## Postup

- Šetrné odstranění použitého jednodílného sáčku nebo podložky dvoudílného systému shora dolů tak aby nedošlo k poškození kůže. Výpustný sáček je třeba před odstraněním vypustit do toalety, uzavřený sáček se vhadzuje i s obsahem do sáčku odpadkového koše.
- Očištění stomie od hrubých zbytků stolice buničinou, osprchování mírným proudem vody nebo omytí vlažnou vodou s mýdlem. Vhodné je použití jemné mycí pěny, antibakteriálního nebo dětského mýdla
- Odmaštění a dočištění okolí stomie od zbytků lepidla z kůže odstraňovačem náplastí. Čištění je třeba provádět opatrně, kruhovými pohyby - vyhnout se silnému tření. Místo je třeba dobře opláchnout aby nedošlo ke zbytečnému dráždění a nebyly problémy s přilnutím nové podložky.
- Po očištění kůže jemně ale důkladně osušit jemným ručníkem nebo bavlněnou plenou, v případě podráždění kůže je vhodnější vysušení fénem.
- Ošetření peristomální kůže ochranným krémem, ochranným filmem, pudrem atd. Po nanesení ochranného filmu je nutné vyčkat 1 minutu než zaschne.
- K vyrovnání nerovností na kůži použít ochrannou pastu – vhodnější je nanesení pasty na podložku než na kůži
- Pro lepší přilnavost a zvýšení flexibility lze podložku před nalepením nahřát v dlaních, v podpaží, fénem nebo na radiátoru.
- Před přiložením podložky je třeba sejmutou ochrannou folii na příkládací straně – nesahat na lepicí plochu. Podložku přehnout napůl, opatrně přiložit nejdříve na spodní okraj stomie pak pomalu přikládat a tisknout po celé ploše.
- Klient by měl setrvat alespoň 15 minut v poloze ve které byla podložka nalepena. Během této doby je vhodné pomůcku přitlačit k tělu a rukama zahřívat.
- V případě dvoudílného systému následuje opatrné nasazení sáčku na spojovací kroužek a kontrola těsnosti spojení po celém obvodu. Dvoudílný systém lze doplnit přídržným páskem.
- Při použití výpustného sáčku zkontrolovat zda je dobře uzavřen dle typu sáčku buď pomocí svorky nebo suchého zipu.
- Podložka dvoudílného systému zůstává nalepená 3-5 dní, uzavřený sáček se mění při naplnění do dvou třetin – průměrně dvakrát denně a výpustný sáček se mění po 24 – 48 hodinách.

K prevenci vzniku zánětu vlasového folikulu je třeba odstraňovat chlupy z kůže pravidelným holením elektrickým strojkem, současně se tím stává i výměna sáčku méně bolestivá.

Jak již bylo uvedeno v kapitole 1.3.3. z ileostomie nepřetržitě odchází řídký, ke kůži velmi agresivní obsah, proto bývá její ošetření pro stomika obtížnější. Otradovcová (2006, s.16) doporučuje při ošetření ileostomie zavedení menstruačního tamponu do stomie aby bylo možné její okolí v klidu ošetřit a nalepit sáček na suchou kůži. Menstruační tampon se po nalepení pomůcky vytáhne do stomického sáčku. U dvouhlavňové ileostomie je třeba dát pozor aby byl tampon zaveden do přírodního ramene.

### **Nejčastější chyby při ošetřování stomie**

- Používání dráždivých prostředků na peristomální kůži.
- Příliš velký nebo příliš těsný otvor v podložce.
- Ponechání podložky pod kterou zatekl střevní obsah na kůži

## **2.2.4 Vyprazdňování tlustého střeva výplachem - irigací**

Výplachem (irigací) rozumíme obvykle pravidelné provádění nálevů do kolostomie. Naplnění tlustého střeva vodou vyvolá peristaltické pohyby a tím dojde k jeho téměř úplnému vyprázdnění. Po provedeném výplachu trvá určitou dobu, než se střevo opět naplní, takže po dobu 24 až 48 hodin prakticky nedochází k vyprazdňování. Není proto nutno nosit běžné sáčky, ale stačí pouze minisáčky, krytky nebo stomické zátky.

Irigaci mohou provádět pouze kolostomici avšak i pro ně existuje řada omezení. Kontraindikací je například parastomální kýla, výrazná stenóza stomie, nespecifické střevní záněty, polypóza, výrazná hypotenze. Výplach je vhodný jen pro stomie založené na sestupné části tlustého střeva. Dostatečně dlouhý zbytek střeva tak tvoří rezervoár v němž se mohou hromadit zbytky stravy. S irigací je možné, dle stavu nemocného, začít již za 2 týdny po provedené operaci. **Vhodnost provádění výplachů je vždy nutné konzultovat s odborným ošetřujícím lékařem.**

Pro výplach je nutno použít irigační soupravu se speciálním kónickým nástavcem který se zavádí do ústí kolostomie aniž hrozí její poranění. Nádržka na vodu je kromě stupnice obsahu vaku vybavena i kontaktním teploměrem. Protékající množství vody lze plynule měnit regulátorem. Zda voda protéká a jak rychle signalizuje otáčející se vrtulka v

regulátoru. Voda a stolice je odváděna dlouhým vyprazdňovacím sáčkem do toalety. Odvodný sáček může být připevněn přímo na podložku nebo na speciální přitlačnou podložku z plastu s páskem, která je součástí jednodílné irigační soupravy.

Irigaci je vhodné provádět pravidelně nejlépe každý druhý den ve stejnou dobu většinou ráno kdy je schopnost vyprázdnění největší. Výplach může být prováděn v sedě na klozetu kdy je vyprazdňovací sáček veden mezi nohama do mísy, na vhodné stoličce čelem k toaletní míse, případně ve stoje.

- Nádržku na vodu je nutné zavěsit tak aby její dno bylo ve výši ramen. Je-li nádržka umístěna výše může být tlak vody příliš vysoký.
- Výplach se provádí pitnou vodou o teplotě 36 až 38°C. Příliš teplá voda může způsobit popálení střeva, příliš chladná voda křeče. Množství vody by mělo činit 15 ml/kg tělesné hmotnosti. Zpočátku je možno používat o něco menší množství.
- Stomický sáček je nutné vyměnit za sáček vyprazdňovací. Horní konec sáčku je otevřený a umožňuje zavedení kónusu do stomie, spodní dlouhý konec sáčku se vyvedeme do toalety.
- Před zavedením konusu je vhodné do stomie vsunout prst a zjistit, kterým směrem je uloženo tlusté střevo.
- Voda musí být do střeva napouštěna pomalu asi 10 až 15 minut. Kontrolu usnadňuje regulátor s vrtulkou která signalizuje rychlost protékání. Příliš prudké napuštění by mohlo vyvolat nepříjemné pocity či křeče. Během napouštění se vrtulka obvykle několikrát zastaví, ale po chvíli si voda najde další cestu střevem.
- Je vhodné vpustit nejprve menší množství vody a tím změkčit tuhou nahromaděnou stolicí. Po uvolnění lze snáze vpustit zbylé množství vody.
- Během následujících 10 až 15 minut dojde téměř k úplnému vyprázdnění. Po této době lze vyprazdňovací sáček uzavřít svorkou, konec zachytit za pásek a volně se pohybovat. Střevo ještě aktivně pracuje asi hodinu, kdy stále dochází k vyprazdňování.
- Po hodině lze obvyklým způsobem očistit vývod a nasadit diskretní minisáček, stomickou krytku nebo zátku. (ILCO, online; Shaz's Ostomy Pages, online)

„Ošetřování stomie metodou irigace představuje alternativní způsob který se zvláště hodí pro pacienty společensky aktivní a také pro ty, kteří jsou schopni se tuto metodu naučit a technicky provést. Irigace lze provádět také příležitostně před delší cestou.“ (Marková, 2006, s. 49)

Irigační soupravy jsou pojišťovnou hrazeny ze 75%.



## **2.3 Vliv stomie na jednotlivé oblasti života**

### **2.3.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Vnímání zdravotního stavu u klientů po založení stomie je velmi individuální, je ovlivněno mnoha aspekty a významně ovlivňuje subjektivní vnímání kvality života. „Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost ve vztahu k současným životním aktivitám a plánům do budoucna. (Mastiliaková, 2005, s. 86).

Většina trvalých stomií bývá zakládána z důvodu onkologického onemocnění, klient je nucen adaptovat se na novou životní situaci v souvislosti se založením stomie, k tomu navíc přistupuje strach ze samotného onkologického onemocnění a obava z blízkého konce života. Naopak existují i pacienti, kterým se díky založení stomie kvalita života výrazně zlepšila. Jde o poúrazové stavy s poškozením páteře, pacienty s trvalou inkontinencí nebo chronickými záněty gastrointestinálního traktu. Příznivěji jsou nemocnými vnímány také stomie dočasné s příslibem obnovení přirozené střevní pasáže v dohledné době. (Marciková, 2004, online)

Vnímání zdravotního stavu je významně ovlivněno i mírou informovanosti klienta o vlastním onemocnění. „Zkušenosti ukazují, že čím lépe je nemocný informován o všech aspektech péče o stomii a života se stomií, tím kvalitněji se sám o sebe stará a příznivěji se adaptuje na život se stomií. Pozitivně se obvykle projeví také informovanost a spolupráce rodiny nemocného. I přes dílčí problémy v některých komplikovaných případech nebo u sociálně zanedbaných jedinců lze říci, že život se stomií neznamena tragedii, která by bránila návratu do plnohodnotného života, pakliže se na řešení péče o stomii systematicky podílí kvalifikovaný zdravotnický personál a zejména sám dobře poučený nemocný, případně podpořený svými blízkými.“ (Marciková, 2004, online)

### **2.3.2 Výživa a metabolismus**

Správným výběrem potravin lze ovlivnit činnost střeva a jeho vyprazdňování. „Jídelníček stomika by měl být pestrý a měl by obsahovat všechny důležité složky potravy, jako jsou bílkoviny, sacharidy, tuky, vitaminy a minerální látky, které organismus potřebuje. Je nutné předcházet malnutrici a dehydrataci.“ (Doubková, 2008, online)

V prvních 6 až 8 týdnech po operaci je nutné omezit v potravě nerozpustnou vlákninu, celozrnné výrobky, luštěniny, ovoce se slupkami, tučná masa a nadýmavou zeleninu aby se předešlo podráždění stomie, případně její obstrukci.

Po přizpůsobení organismu změněným podmínkám by se měl pacient snažit o co nejrozmanitější stravu, pravidelný režim stravování a dodržování pitného režimu. Snášenlivost potravin je velmi individuální. Nové pokrmy a potraviny je nutné poprvé zařazovat odděleně a v menším množství. Je nezbytné jíst pomalu a pečlivě rozkousávat - nerozžvýkaná potravina může způsobit střevní neprůchodnost. Je doporučeno upravovat potraviny vařením, dušením a pečením doměkka bez kůrek, smažená jídla je vhodné zařazovat do jídelníčku jen ojediněle.

K nalezení správného stravovacího režimu pomáhá vedení denního záznamu, v průběhu jednoho měsíce je třeba zapisovat složení a množství stravy, množství a doba vyprazdňování, konzistence střevního obsahu, plynatost, případné bolesti, množství moče.

Není možné vytvořit univerzální jídelníček pro všechny stomiky. Vždy je nutné vzít v úvahu individuální stravovací návyky. U polymorbidních pacientů je vhodná konzultace s nutričním terapeutem, který sestaví speciální dietní režim.

### **Zásady výživy i kolostomiků**

- Je vhodné vypěstovat stereotyp vyprazdňování – nejlépe ráno doma, proto by se měla strava přijímat třikrát denně ve stejnou dobu. Vydatná má být snídaně a zejména oběd. Večeře by měla být lehčí a delší dobu před spaním.
- Nadměrné omezování v jídle není vhodné, potraviny které klient snášel před založením stomie zpravidla nečiní problémy ani poté.
- Čím více bílkovin strava obsahuje tím je stolice tužší. Ideální je udržovat stolicí mírně tekutou.
- Vhodné je vyhýbat se jídlům která působí projímavě: tučná jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, květák, řepa, fazolky, okurky, houby, syrové ovoce, aromatická zelenina, ostré koření, syrové mléko, šumivé nápoje, koncentrovaný alkohol.

### **Zásady výživy u klientů s ileostomií**

- Výživa má být kaloricky vydatná a chutná.
- Pokrmy mají být raději jednoduché, nepřiliš tučné ani sladké.
- K zahuštění střevního obsahu se doporučuje rýže, borůvky, černý čaj, strouhaná jablka.

- Důležitý je přísun vitaminů nejlépe v ovocných šťávách. Příjem soli by neměl klesat pod šest až devět gramů denně. Důležitý je i dostatek ostatních minerálů.
- Ileostomik by se měl vyhýbat jídlům která mohou způsobit koliku, např. pomerančová dužnina, slupky z rajčat, okurky, ořechy, kukuřice.
- Stravu je vhodnější přijímat častěji, pravidelně a v menších dávkách, večeřet málo a brzy. Hladovění podněcuje střevo k tvorbě plynů.
- Při průjmech je třeba omezit kávu, cukr, sladkosti, luštěniny, alkohol, švestky, třešně, hrušky, fíky, kyselé zelí. Vhodné jsou masové vývary, čokoláda, banány, strouhaná jablka, svařené mléko, brambory. Při nadýmání je nutno vynechat zelí, kapustu, luštěniny, květák. (Tabulka vhodných potravin - příloha číslo 7) (Pailová, 2008, online)

### **Pitný režim**

- Důležitý je dostatečný příjem tekutin tak, aby množství moče nekleslo pod jeden až dva litry za den.
- Pacienti se stomií by měli pít 8 až 10 sklenic vhodných tekutin za den, ileostomici nebo koleostomici s vývodem blízko začátku tlustého střeva raději více.
- Vhodné je pít zejména při jídle, zejména ileostomikům je doporučeno při pití mimo jídlo sníst něco menšího aby se tekutina smísila s potravou.
- Hodně vychlazené a ledové nápoje mohou vyvolat bolesti až křeče.
- Nápoje sycené kyslíčnickem uhličitým mohou vyvolat pálení žáhy, říhání a nadýmání.
- Vhodné jsou kvalitní pramenité vody, ovocné mošty, zředěné ovocné sirupy (nesladké), ovocné a zeleninové šťávy a minerální stolní vody. (Kleinwächterová, 2007, online 6)
- Alkohol v malém množství by neměl uškodit pokud jeho příjem neomezuje jiné onemocnění. Větší množství piva může způsobit průjem, šumivé nápoje plynatost. Autoři příručky pro stomiky - Jak zůstat fit v nových podmínkách (1994, s.17) s nadsázkou dodávají: „Přemíra alkoholu Vám může zamotat hlavu ale Vaší stomii to vadit nebude.“

U klientů s umělými střevními vývody by nemělo docházet k větším váhovým přírůstkům. Při zvýšení hmotnosti dochází i ke změnám poměrů v okolí stomie, k menší přilnavosti pomůcek ke kůži a zatékání pod podložku. Někdy je nutná změna pomůcky.

Bez povšimnutí nesmí zůstat ani chrup stomika. Nevhodné zubní protézy nebo chybějící části chrupu je třeba řešit mechanickou úpravou stravy a včasným vyhledáním stomatologického ošetření.

### 2.3.3 Vylučování

**Z kolostomie** odchází po stabilizaci stavu dle místa vývodu kašovitá nebo formovaná stolice 1-3 krát denně. Frekvenci vyprazdňování a konzistenci střevního obsahu je možné částečně ovlivnit složením výživy a stravovacím režimem.

„**Ileostomie** může v bezprostředním pooperačním období odvádět i několik litrů vodnatého obsahu, proto je důležité sledovat bilanci tekutin a hladinu iontů. Po stabilizaci stavu by mělo odcházet 800 až 1500ml střevního obsahu za 24 hodin“ (Otradovcová 2006, s. 15)

Stolice i plyny jsou vylučovány kontinuálně během dne i noci, větší objem odchází bezprostředně po jídle. „Proces adaptace terminální části tenkého střeva se nazývá kolizace a trvá přibližně 4 až 6 týdnů po operaci. Po 6 měsících od operace se objem stolice prakticky nemění. Její konzistence zůstává kašovitá, žlutohnědé barvy a obsahuje drobné částičky potravy. Až 90% jejího obsahu tvoří voda“ (Marková, 2006, s. 52).

Kromě toho dochází ke zvýšeným ztrátám sodíku. „Ztrátami vody a sodíku dochází k nižší tvorbě moči, jejímu nižšímu pH a pokud nejsou ztráty vody hrazeny, ileostomik trpí chronickou dehydratací a je ohrožen zvýšeným výskytem vápenatých a urátových močových kamenů.“ (Marková, 2006, s. 53)

Nejčastější problémy - průjem, zácpa a plynatost lze poměrně snadno upravit úpravou jídelníčku.

V bezprostředním pooperačním období se může objevit, jako důsledek operace, močová inkontinence, která sice bývá jen dočasná, ale pro nemocného je velmi obtěžující a stresující. Kromě kompenzace pomocí pomůcek pro inkontinenci je velice důležitá psychická podpora klienta.

### 2.6.4 Aktivita, cvičení

Stomie sama o sobě není překážkou pro tělesnou aktivitu. Naopak. Pohyb je pro stomika velice důležitý nejen pro podporu správné funkce zažívacího traktu ale i pro psychickou pohodu. Doporučován je aktivní rekreační sport jako jízda na kole, plavání, či turistika. Velmi vhodné jsou cviky na posílení břišní stěny. Klient se stomií se může věnovat všem běžným denním aktivitám, práci na zahrádce a jiným zálibám a koníčkům, tak jak byl zvyklý před operací.

Bezprostředně po operaci je břišní stěna oslabena proto je nutné s postupným zařazováním fyzické aktivity začít až 6 až 8 týdnů po operačním výkonu. V pozdějším období je jediným omezením pouze nevhodnost zvedání břemen o hmotnosti vyšší než 5 kg. Při zvýšené námaze je vhodné nosit preventivně břišní pás nebo stahovací prádlo.

Ani pro rehabilitaci či lázeňskou léčbu není stomie kontraindikací. Moderní stomické pomůcky - minisáčky či krytky jsou nejen diskrétní ale také dokonale spolehlivé i při saunování, plavání v bazénu, v přírodním koupališti nebo v moři. Při použití sáčku s filtrem je třeba ho přelepit samolepkou, která je součástí balení sáčku. Dnes jsou na trhu také speciální plavky, které mají zpevnění v oblasti břicha - vyrábí se v dámském i pánském provedení.

Stomie nemusí svého nositele omezovat ani při cestování. Stomik může cestovat jakýmkoli dopravním prostředkem.

### **Užitečné rady pro cestování**

- Vždy je důležité mít s sebou větší množství ověřených pomůcek než bývá obvykle nutné – změna prostředí a jiný typ stravy mohou způsobit průjem. Na cestu je třeba přibalit také dostatečnou zásobu toaletního papíru, čistících prostředků a odpadkových sáčků a cestovní zrcadlo.
- Je vhodnější vybírat ubytování se samostatnou koupelnou. Při cestě do zahraničí je třeba se předem informovat o hygienické situaci v dané oblasti.
- Při cestování do jižních zemí autem či autobusem je vhodné uchovávat pomůcky citlivé na vyšší teplotu v termotašce.
- Nejnutnější pomůcky a materiál je dobré uložit do příručního zavazadla, které bude mít stomik stále u sebe. Při cestě letadlem je třeba mít v příručním zavazadle zásobu pomůcek na několik dnů pro případ zatoulaného zavazadla, nůžky je ale nutno uložit do kufru který cestuje odděleně.
- Na pití, omývání ovoce a ústní hygienu je vhodné preventivně používat balenou vodu, nedoporučuje se dávat led do nápojů a jíst zmrzlinu u stánků.

### 2.3.5 Spánek, odpočinek

Spánek u klientů se stomiemi může být především v časném pooperačním období narušen z důvodu bolesti nebo počáteční nedůvěry ve spolehlivost stomické pomůcky a obavy ze znečištění lůžka při případné netěsnosti, uvolnění nebo přeplnění sáčku. Stomický systém může být překážkou i pro klienty zvyklé spát na břiše.

Pro větší pocit jistoty je vhodné večerjet jen lehce a dostatečně dlouho před ulehnutím, před spaním je pak nezbytné vyprázdnit nebo vyměnit sáček.

Velice důležitá je pro klidný spánek také vhodná denní aktivita, dostatečný pobyt na čerstvém vzduchu, přiměřený aktivní odpočinek a v neposlední řadě různé relaxační techniky .

### 2.3.6 Vnímání, poznávání

Již během předoperačního psychologicko - edukačního pohovoru s budoucím stomikem by měla sestra věnovat pozornost změnám v oblastech jeho smyslového vnímání (zrak, sluch) a kognitivních schopností (paměť, schopnost učení, mentální funkce), které mohou významně ovlivnit příjem informací během edukace a schopnost sebepéče v období po založení stomie. Ke každému klientovi je třeba přistupovat individuálně, aktivně spolupracovat s rodinou klienta, dle úrovně schopnosti sebepéče doporučit služby agentury domácí péče nebo umístění do zařízení následné péče. V případě nedostatečné kompenzace poruch smyslového vnímání (např. nefunkční naslouchadlo, slabé brýle) doporučit či zajistit návštěvu odborné ambulance k zajištění kompenzačních pomůcek.

**Akutní bolest** patří k nejčastějším symptomům v časném pooperačním období. Důležité je nejen pravidelné hodnocení lokalizace, charakteru a intenzity bolesti pomocí vizuálních analogových škál a její léčba dle ordinace ale i její profylaxe. Vzniku bolesti v pooperačním období je možné předcházet např. volbou vhodné polohy nemocného, důkladnou edukací o fixaci operační rány při kašli, doporučením správného postupu vstávání z lůžka, šetrným postupem při převazech operační rány a ošetření stomie.

**Bolest chronická** se objevuje nejčastěji v souvislosti se základním onkologickým onemocněním a významně zhoršuje kvalitu života stomika. V případě chronické bolesti je nevyhnutelná návštěva klienta v odborné ambulanci specializované na léčbu bolesti, nejčastěji při anesteziologickém pracovišti. (Doenges, 2001, 75 a 78)

### **2.3.7 Sebepojetí, sebeúcta**

„Přijmout stomii je velký životní úkol, někdo ho zvládne velmi dobře, jiný se stomií zápasí celý život.“ (Kenezová, 2008, online)

Umělý střevní vývod znamená pro nemocného mimo jiné ztrátu tělesné dokonalosti. Mezi subjektivním prožíváním změny tělesného vzhledu jsou velké individuální rozdíly ovlivněné osobnostními rysy nemocného, důvodem založení stomie a v neposlední řadě i mírou stability rodinného a sociálního zázemí. Náhle vzniklá fyzická odlišnost s sebou bezesporu přináší nejen změny v oblasti vnímání sebe sama ale i strach z odmítnutí nebo reakce ostatních.

„Jedním z důležitých předpokladů dobré adaptace je existence sociální a emocionální opory rodiny, přátel, ošetřujícího personálu a navázání kontaktu se svépomocnými organizacemi“ (Marková 2006, s. 65)

Klient by měl být vhodnou a citlivou formou poučen o možnosti odborné psychologické pomoci.

### **2.3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy**

#### **Rodina**

„Žít se stomií je bezpochyby jiné než bez ní. Je jiné pro pacienta i pro jeho rodinné příslušníky. Nejdůležitější je projednat s nimi tuto situaci, hovořit o nemoci s partnerem, s dětmi a se všemi členy rodiny. Nedopustit aby se nový stav stal tajemstvím a studem pro operovaného. Otevřený rozhovor na toto téma ulehčí život každému. Znamená pro pacienta duševní klid i klid rodiny.“ (Patočková, 2002, online)

Je však důležité respektovat rozhodnutí nemocného, koho chce o svém zdravotním stavu informovat. Rodinu je důležité poučit o vhodném přístupu ke stomikovi tak aby mu byla skutečnou životní oporou. Není vhodný hypersenzitivní přístup projevující se lítostí a neúměrnou snahou mu pomoci. Tím se nemocný cítí méněcenný a neschopný. Druhým extrémem je negativní přístup, kdy nemocný cítí ze strany příbuzných odcizení. (Marková, 2006, s. 56)

## **Kluby stomiků**

Kluby stomiků jsou dobrovolná sdružení osob se stejným zdravotním postižením tedy kolostomiků, ileostomiků a urostomiků. Kluby připravují společná setkání, pořádají odborné semináře a instruktáže pro své členy i pro rodinné příslušníky, organizují rekondiční pobyty, zájezdy, kulturní akce atd. Vydávají svůj zpravodaj. Členové se pravidelně scházejí a na setkání zvou odborné lékaře, stomasestry a zástupce firem, které vyrábí stomické pomůcky.

Na setkáních otevřeně a bez ostychu hovoří o svých problémech, předávají si rady a zkušenosti, jak nejlépe ošetřovat stomie, jak používat moderní pomůcky. Získávají zde nová přátelství, oporu pro překonávání svých obtíží, přesvědčují se, že díky moderním pomůckám lze žít se stomií opět plnohodnotným životem. (Seznam klubů příloha číslo.10) (ILCO, online)

## **České ILCO**

Sdružení s celostátní působností které vzniklo v roce 1993 na shromáždění již několik let existujících regionálních klubů stomiků. Toto sdružení vzniklo zejména proto aby stomici měli organizaci, která by mohla kvalifikovaně zastupovat zájmy stomiků při jednání se státními orgány. Mimo to vytvořilo podmínky pro zapojení České republiky do celosvětové asociace stomiků, International Ostomy Association - IOA, která vznikla již před 30 lety a sdružuje dnes více než 87 zemí.

Hlavním úkolem Českého ILCA je péče o specifické potřeby stomiků, obhajoba jejich zájmů s cílem zajistit jim rovnoprávné postavení ve společnosti a pomoc při jejich zdravotní a sociální rehabilitaci. Usiluje rovněž o kvalifikovanou informovanost veřejnosti o problémech života se stomií. Dále pořádá odborné přednášky, programy zdravotní a sociální rehabilitace stomiků formou rekondičních pobytů, zájezdů a kulturních a společenských akcí. (ILCO, online)

## **Dobrovolní návštěvníci**

Dobrovolní návštěvníci jsou vyškolení zkušení stomici, kteří se podílejí na poradenské činnosti pro méně zkušené stomiky. Dobrovolník navštíví pacienta, kterého informuje o zkušenostech s pomůckami, o životě se stomií, vlastních zkušenostech jak překonávat problémy, informuje co všechno nabízejí kluby, odpovídá na dotazy a pomáhá pochopit, že stomik je schopen řešit své problémy. (ILCO online)



## **Společnost**

Není důvod proč by měl být klient se stomií vyřazen ze společnosti. Pro návštěvu kina, divadla, posezení s přáteli či tanec není žádné fyzické omezení. Může ovšem přetrvávat psychický blok a je pouze na samotném jedinci a podpoře jeho nejbližších za jak dlouho ho překoná.

## **Oblékání**

Moderní stomické pomůcky umožňují individuální oblékání – trička, přiléhavé kostýmky. Není vhodné nosit pásek a oblečení s gumou v oblasti stomie, vhodnější je nošení šlů. Existuje i speciální spodní prádlo s „kapsičkou“ pro stomickou pomůcku, nemusí ale vyhovovat každému.

## **Zaměstnání**

Opětovné zařazení do zaměstnání, pokud to dovolí celkový stav stomika, je vhodné i pro jeho psychiku. Výjimkou jsou práce s velkou tělesnou námahou, nepříznivou polohou při práci a s nemožností pravidelných přestávek. Část stomiků ovšem získává částečný nebo plný invalidní důchod.

## **Sociální pojištění**

Při posuzování nároku na plný nebo částečný invalidní se postupuje dle zákona 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění.

- **Pojištěnec je plně invalidní**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66%, nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Mezi zdravotní postižení umožňující soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek břišní stomie zařazena není.
- **Pojištěnec je částečně invalidní**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33%, nebo jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. Stomie je uvedena ve vyhlášce číslo 284/1995 Sb., příloha č. 4, písmeno A, bod 2 jako postižení, které značně ztěžuje obecné životní podmínky.
- Každý konkrétní případ je posuzován individuálně lékařskou posudkovou komisí.

## **Průkazy TP**

Získání průkazky TP je posuzováno dle vyhlášky číslo 182/1991 Sb. Průkaz TP představuje mimořádné výhody prvního stupně. Držením průkazu vzniká nárok na vyhrazené místo ve veřejných dopravních prostředcích, nárok na přednost při projednávání osobních záležitostí na úřadech, vyžaduje-li toto jednání delší čekání. Neplatí v obchodech ani zdravotnických zařízeních.

Príspevek pro občana používající trvale kompenzační pomůcku

### **2.3.9 Sexualita, reprodukční schopnost**

Intimní život může být dočasně narušen. „Klienti se stomií mají fyzické i psychické problémy, stydí se za své tělo, mohou se jej i štítit nebo se jich štítí partner. Založení stomie bývá pro mnoho párů zkouškou pevnosti vztahu“ (Otradovcová, 2006, s. 50)

Operace v oblasti malé pánve může poškodit nervové dráhy související s činností pohlavních orgánů. U mužů to znamená ztrátu schopnosti erekce a ejakulace, u žen poruchy citlivosti klitoridální a vaginální oblasti. Ženy mohou mít navíc obtíže při pohlavním styku z důvodu zúžení pochvy vlivem zjizvení v jejím okolí. Zmíněné obtíže u mužů i žen bývají ještě umocněny psychickými problémy. Tento stav mívá u většiny nemocných pouze dočasný charakter.

Sexuální styk, pokud se neobjevily další problémy, se doporučuje nejdříve za 2 až 4 měsíce po operaci“ (Marková, 2006, s.55)

Před pohlavním stykem se nedoporučuje konzumovat větší množství potravy. Stomická pomůcka by měla být čistá, případně vyměněná za minisáček či krytku. Stomickou pomůcku je vhodné krýt prádlem.

Porucha erekce u stomika je téměř 100% léčitelná, nejvhodnější je léčba injekční a medikamentózní. První návštěva v sexuologické ambulanci je hrazena pojišťovnou, nikoli však sexuologická léčba. (Otradovcová, 2006, s. 50)

Stomie není kontraindikací k otěhotnění. Těhotenská rizika jsou stejná jako u ostatních žen po operacích břišní stěny. Těhotenství se doporučuje nejdříve za dva roky po operaci. (Marková, 2006, s.56)

Klientky - stomičky by měly konzultovat se svým lékařem užívání hormonální antikoncepce, může dojít ke změnám vstřebávání a oslabení účinnosti.

### **2.3.10 Stres, zátěžové situace**

Nemoc je stresorem, který představuje fyzickou a psychickou zátěž, která nutí člověka hodnotit a pochopit danou situaci a potom na ní reagovat. Pokud člověk vzniklé situaci rozumí a je schopen na ní uspokojivě reagovat, je méně pravděpodobné že jí bude vnímat jako stresovou. Musí-li reagovat způsobem který si dosud neosvojil je pravděpodobné, že taková zkušenost povede ke stresu. Proto je stres vnímán jako absence či nedostatek schopnosti člověka vyrovnat se současnými požadavky okolí. (Richards, 2004, s. 49)

### **2.3.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Holistický pohled na nemocného, zahrnuje nejen biologické, psychologické a sociální ale také spirituální faktory které mohou významným způsobem ovlivnit vyrovnávání se s náročnou životní situací, kterou založení stomie nepochybně je.

„Spiritualita a náboženství jsou v zásadě oddělené entity, které se mohou, ale nemusí překrývat. Ve spiritualitě jde o hledání něčeho, co nás přesahuje, něčeho co je mimo naši moc. Ne vždy se musí jednat o Boha, ale např. o otázku pravdy nebo o hledání smyslu života. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která je vztažena ke konkrétní náboženské tradici, často souvisí s církevní organizací.“ (Vaníčková, 2002, online)

Úkolem sestry není suplovat roli psychologa nebo duchovního. Základním kamenem laické spirituální péče je schopnost naslouchat. Dalším krokem je pak zprostředkování odborné pomoci zajištěné např. psychologem, knězem nebo pastoračním pracovníkem. (Opatrný, 2007, online)

## **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1 Cíl výzkumu**

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce bylo posouzení subjektivní spokojenosti klientů se střevními derivačními stomiemi a s kvalitou vybraných oblastí péče poskytovaných na mladoboleslavsku na základě kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

#### **3.1.1 Dílčí cíle výzkumu**

1) Zmapovat, koho považovali klienti v období po založení stomie za svou největší oporu v náročné životní situaci.

2) Zmapovat, ve kterých oblastech života pociťovali klienti po založení stomie největší omezení.

### **3.2 Metodika práce**

#### **3.2.1 Zdroje odborných poznatků**

Pro získání podkladů pro teoretickou část bakalářské práce byla využita odborná literatura, publikace a internetové zdroje uvedené v seznamu použité literatury. Pro dosažení vytyčených cílů a ověření teoretických předpokladů empirické části práce bylo použito vyhodnocených údajů získaných prostřednictvím dotazníkového šetření.

#### **3.2.2 Charakteristika souboru respondentů**

Do souboru zkoumání byl výběr respondentů prováděn na základě následujících kritérií a předpokladů:

- 1) Respondent měl založenou kolostomii nebo ileostomii.
- 2) Respondent se dobrovolně zapojil do výzkumu.

### 3.2.3 Užitá metoda šetření

K získání dat byla použita metoda nestandardizovaného anonymního dotazníku. Dotazník byl tvořen soustavou cíleně formulovaných otázek vytvořených pro získání specifických údajů potřebných pro výzkumné šetření.

V dotazníku byly použity tyto formy otázek a možných odpovědí:

- 1) Uzavřené – respondent vybíral jednu nebo více alternativ z určitého počtu předem připravených odpovědí.
- 2) Polouzavřené – respondent vybíral jednu nebo více alternativ z určitého počtu předem připravených odpovědí a v případě že mu žádná nevyhovovala, dopsal svou odpověď do nabídky „jiné“.
- 3) Otevřené – nabízely prostor pro vlastní odpověď respondenta.
- 4) Škálové – respondent vybíral stupeň hodnocení sledovaného údaje na předložené škále s číselnými hodnotami 1 až 5. (Hučín, 2005, online; Dotazník-online, 2007, online)

Dotazník určený respondentům obsahoval celkem 21 sledovaných údajů a byl členěn do tří částí. První část obsahovala úvodní dopis, kde byl respondent požádán o spolupráci, byl mu objasněn cíl výzkumu, způsob vyplnění dotazníku a jeho následné využití. Druhá, demografická část dotazníku (položky číslo 1, 2, 3, 4) byla orientována na získání základních osobních a sociálních údajů. Otázky třetí, zjišťující části dotazníku byly členěny do tří oblastí. V položkách číslo 5, 6, 7 a 10 byly zjišťovány údaje o typu respondentovy stomie, délce života se stomií, plánovanosti operačního výkonu a četnosti návštěv v koloproktologické poradně - tyto údaje byly použity k porovnání a hodnocení dalších sledovaných údajů. Položky číslo 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 19 byly orientovány na zjištění údajů o míře spokojenosti klientů s předoperační edukací, dostupností informací, pomůcek a pomoci při řešení problémů se stomií, údajů o využívání domácí péče, psychologické pomoci a svépomocných organizací, tedy na hlavní cíl výzkumného šetření. Na dílčí cíle výzkumu týkající se respondentova přijetí života se stomií byly zaměřeny položky číslo 18, 20 a 21.

Při vytváření dotazníku jsem čerpala ze dvou bakalářských prací. Z práce autorky Dariny Matějkové *Kvalita života u pacienta s kolostomií* obhájené na Lékařské fakultě

Univerzity Karlovy v Hradci Králové v roce 2008 jsem přejala položky číslo 3, 4, 16, 18 a 20 v původním znění a otázky 8 a 21 jsem použila upravené. Položky 9, 12, 14, a 17 jsem čerpala z bakalářské práce autorky Dany Uherkové *Kvalita života pacientů s kolostomií* obhájené na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v roce 2007. Zbylé otázky jsem vypracovala vlastní.

### **3.3 Realizace šetření**

Souhlas s výzkumným šetřením poskytli paní Bc. Kajetána Ternbachová, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči 2. 12. 2008 a pan Ing. Josef Langer, ředitel Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje 9. 12. 2008 (Přílohy číslo 2 a 3).

Proveditelnost plánovaného dotazníkového šetření byla před jeho realizací ověřena pilotní studií v měsíci listopadu 2008 na vzorku tří respondentů. V průběhu pilotní studie nebyly zachyceny žádné nejasnosti ve formulaci otázek a označení varianty odpovědí.

Dotazníkové šetření probíhalo v průběhu měsíců prosinec 2008 až duben 2009. Dotazníky byly předávány jednotlivým respondentům ve spolupráci s vrchní sestrou a staničnými sestrami na chirurgickém oddělení, prostřednictvím stomasestry v odborných chirurgických ambulancích (koloproktologické a onkologické) a sestrami oddělení domácí péče během návštěvní služby u klientů.

Mezi respondenty výzkumného šetření bylo rozdáno celkem 62 kusů dotazníků, návratnost vyplněných dotazníků dosáhla počtu 49 kusů, tedy 79,0%.

### **3.4 Zpracování získaných dat**

Získané údaje uvedené respondenty v dotazníkovém šetření byly následně zpracovány pomocí počítačových programů Microsoft Office 2003. Údaje z jednotlivých dotazníků byly postupně zaznamenávány do pracovní tabulky vytvořené v programu Microsoft Excel. Pomocí funkcí tohoto programu byly u jednotlivých sledovaných údajů vypočteny absolutní četnosti (dále jen  $n_i$ ), relativní četnosti v procentuálním vyjádření (dále jen  $f_i$ ), které byly zaokrouhleny s přesností na celé číslo, popřípadě byly u vybraných

hodnot vypočítány jejich průměrné hodnoty. Údaje byly následně přeneseny do četnostních tabulek a grafů. Grafy byly vytvořeny v programu Microsoft Excel, tabulky pak pomocí programu Microsoft Word.

Vybrané položky byly porovnány se shodnými statistickými parametry publikovanými ve výzkumných částech bakalářských prací autorky Dariny Matějkové *Kvalita života u pacienta s kolostomií* obhájené na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v roce 2008 a autorky Dany Uherkové *Kvalita života pacientů s kolostomií* obhájené na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v roce 2007.

### **3.5 Interpretace dat**

Dotazník byl určen respondentům se střevními derivačními stomiemi, výzkumného šetření se zúčastnilo 49 respondentů (100%).

#### **3.5.1 Demografické údaje výzkumné studie**

Demografické údaje vzorku respondentů byly sledovány v položkách dotazníku číslo 1, 2, 3 a 4.

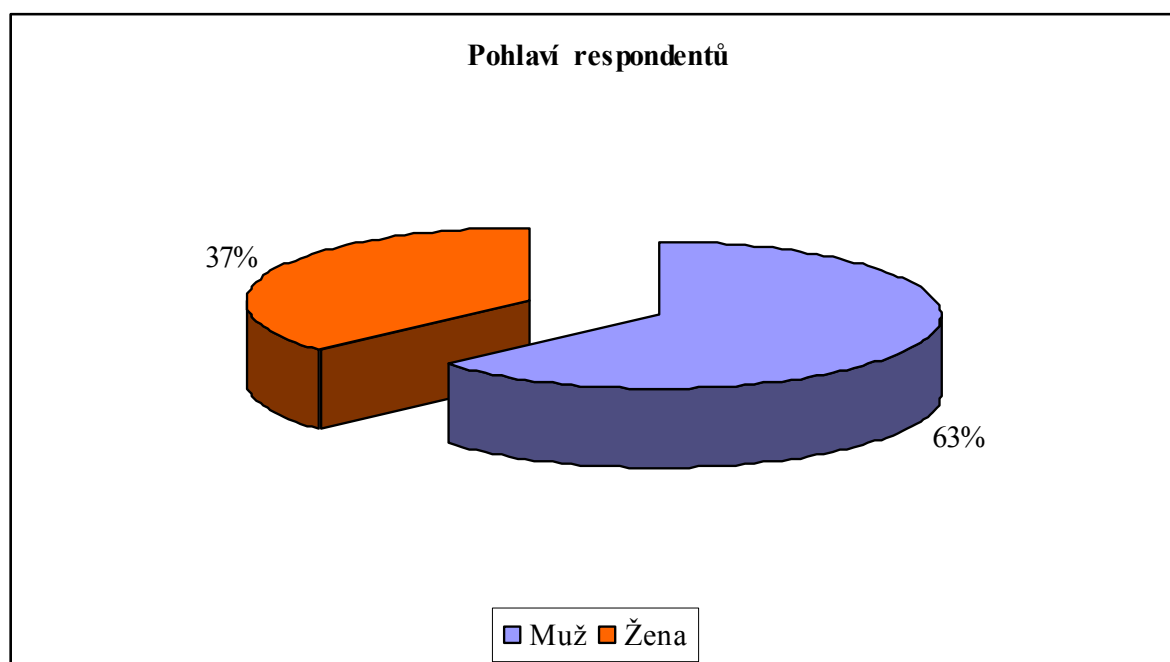
### **Položka č. 1 Pohlaví respondentů**

Z celkového vzorku 49 respondentů (100%) bylo 31 respondentů (63%) mužského pohlaví, 18 respondentek (37%) bylo ženského pohlaví.

*Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů*

<b>Pohlaví respondentů</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
Muž	31	63%
Žena	18	37%
Celkem	49	100%

*Graf č. 1 Pohlaví respondentů*





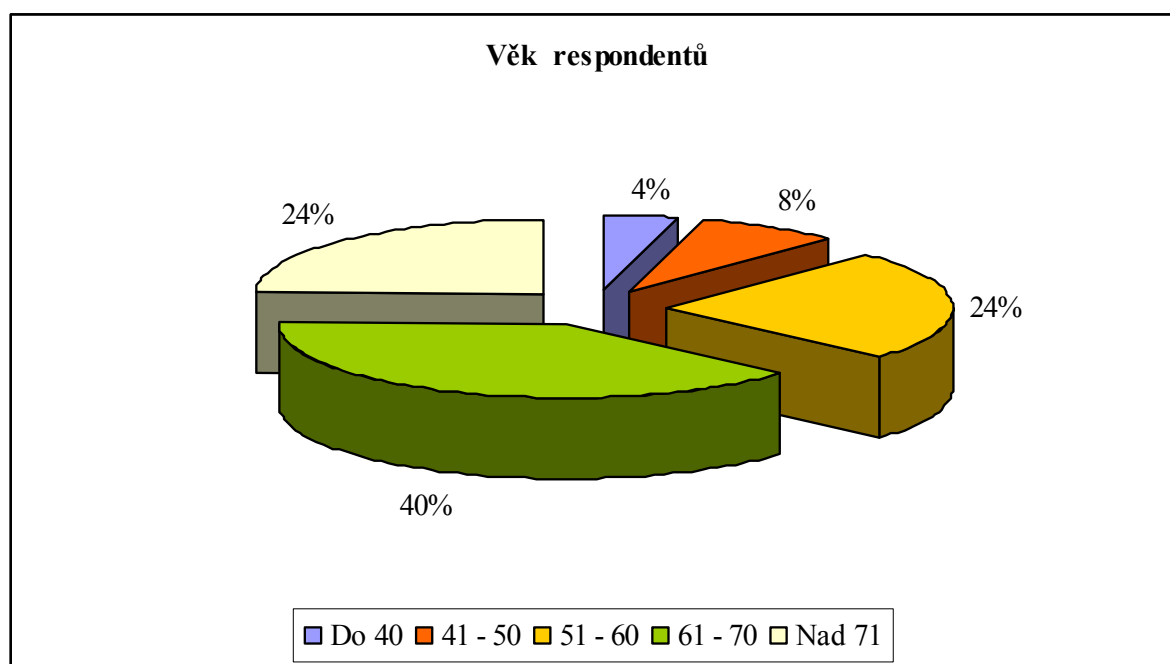
## Položka č. 2 Věk respondentů

Věkové zastoupení vzorku 49 respondentů (100%) se skládalo ze 2 respondentů ve věku do 40 let (4%), 4 respondentů ve věku 41 až 50 let (8%), 12 respondentů ve věku 51 až 60 let (24%), 19 respondentů ve věku 61 až 70 let (40%) a 12 respondentů starších 71 let (24%). Nejmladší respondent byl ve věku 36 let, nejstarší ve věku 87 let. Věkový průměr respondentů byl 64,2 let.

Tabulka č.2 Věk respondentů

Věk respondentů (let)	$n_i$	$f_i$
Do 40	2	4%
41 - 50	4	8%
51 - 60	12	24%
61 - 70	19	40%
Nad 71	12	24%
Celkem	49	100%

Graf č.2 Věk respondentů



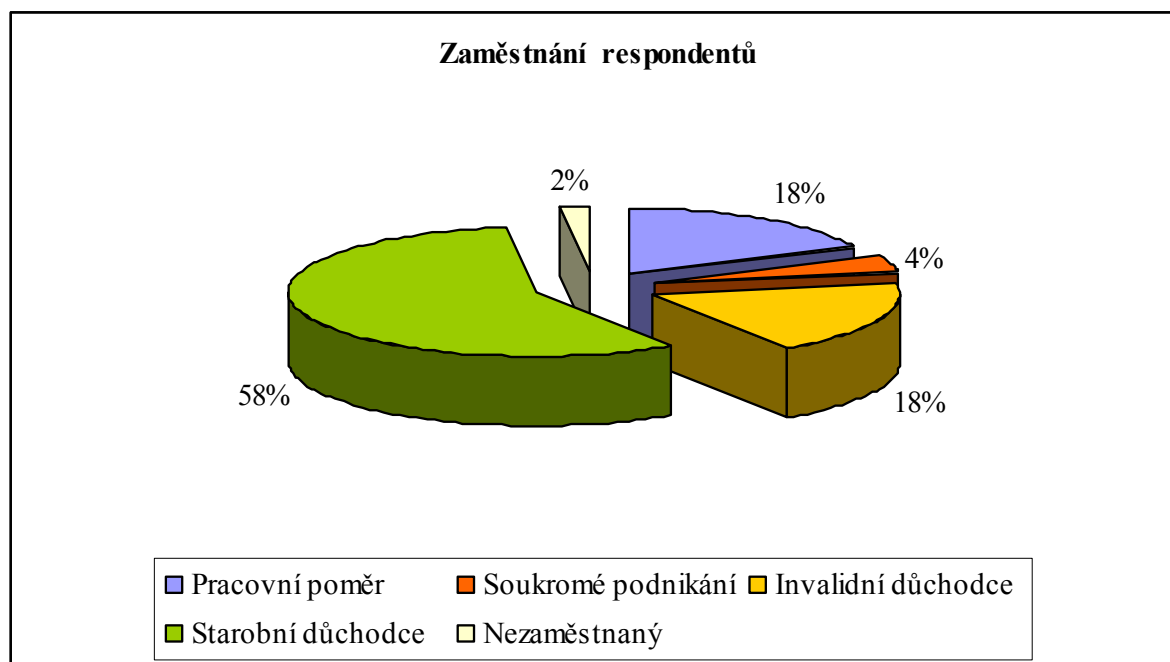
### Položka č. 3 Zaměstnání respondentů

Z celkového počtu 49 respondentů bylo 9 respondentů v pracovním poměru (18%), 2 respondenti soukromě podnikali (4%), 9 respondentů bylo zařazeno v kategorii invalidní důchodce (18%), 28 respondentů v kategorii starobní důchodce (58%) a 1 respondent (2%) byl veden v evidenci uchazečů o pracovní zařazení.

Tabulka č. 3 Zaměstnání respondentů

Zaměstnání respondentů	$n_i$	$f_i$
Pracovní poměr	9	18%
Soukromé podnikání	2	4%
Invalidní důchodce	9	18%
Starobní důchodce	28	58%
Nezaměstnaný	1	2%
Celkem	49	100%

Graf č. 3 Zaměstnání respondentů



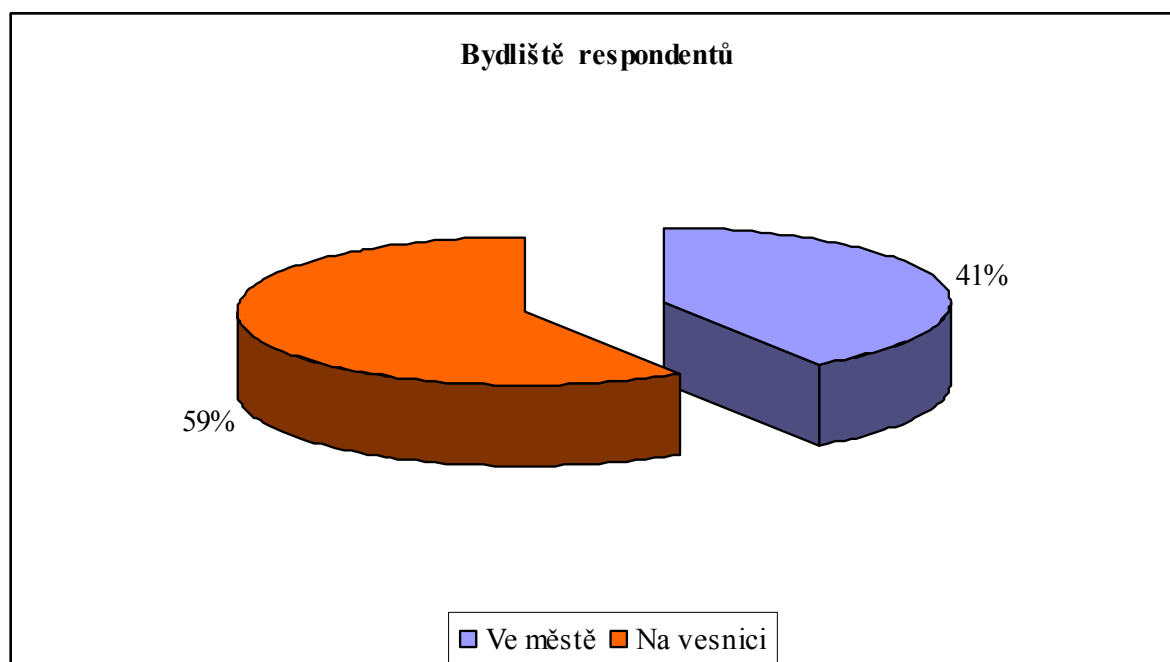
#### **Položka č. 4.1 Kde žijete?**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) jich 29 uvedlo jako bydliště vesnici (59%), 20 respondentů žilo ve městě (41%).

*Tabulka č. 4 Bydliště respondentů*

<b>Bydliště respondentů</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
Ve městě	20	41%
Na vesnici	29	59%
Celkem	49	100%

*Graf č. 4 Bydliště respondentů*



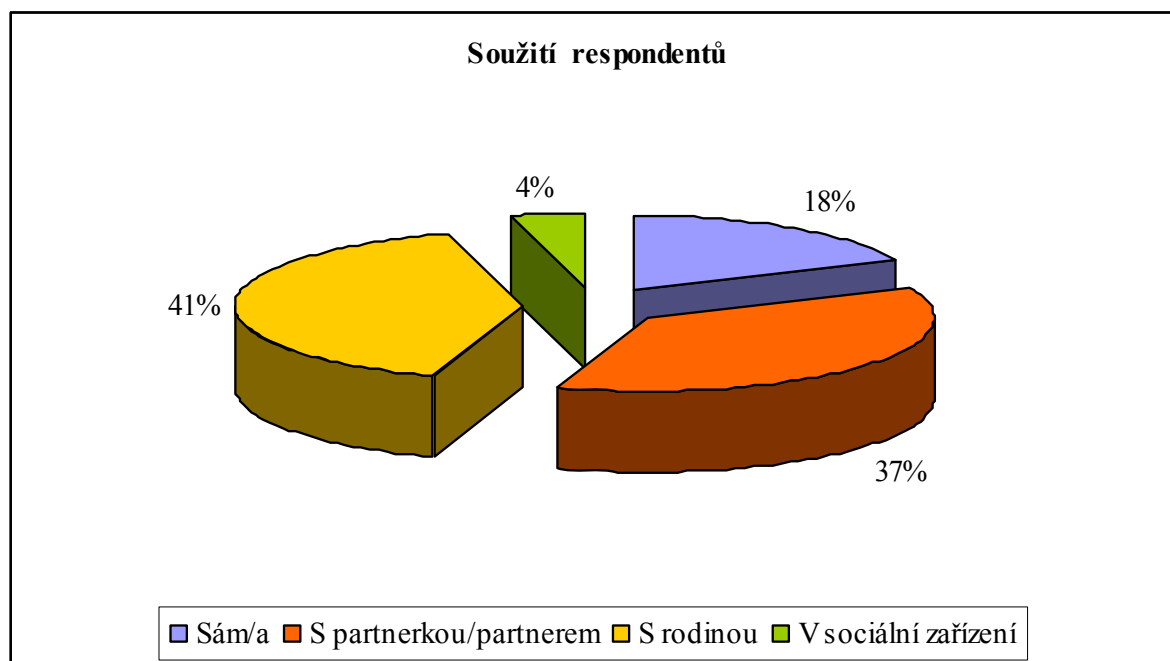
#### **Položka č. 4.2 S kým žijete?**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) žilo osaměle 9 respondentů (18%), 18 respondentů žilo s partnerem (37%), s rodinou 20 respondentů (41%) a v sociálním zařízení žili 2 respondenti (4%).

*Tabulka č. 5 Soužití respondentů*

<b>Soužití respondentů</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
Sám/a	9	18%
S partnerkou/partnerem	18	37%
S rodinou	20	41%
V sociální zařízení	2	4%
Celkem	49	100,0%

*Graf č. 5 Soužití respondentů*



### 3.5.2 Zjišťující část výzkumné studie

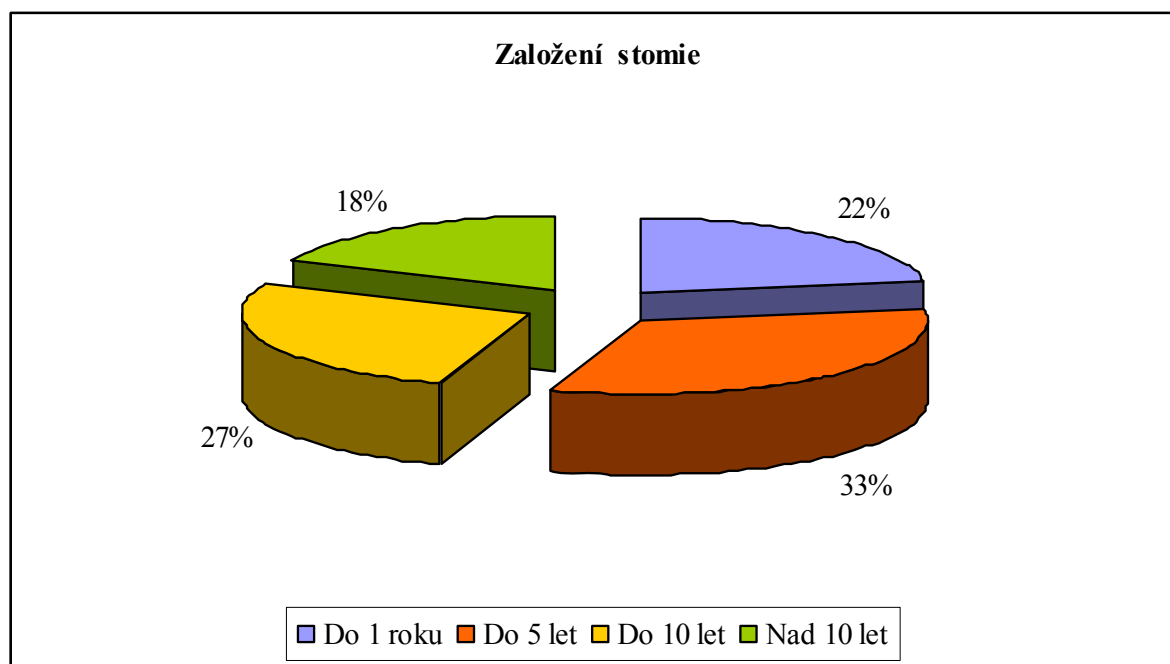
#### Položka č. 5 Jak dlouho máte stomii?

Ve sledovaném vzorku 49 respondentů (100%) uvedlo dobu do 1 roku od založení stomie 11 respondentů (22%), do 5 let 16 respondentů (33%), do 10 let 13 respondentů (27%) a déle než 10 let 9 respondentů (18%).

Tabulka č.6 Založení stomie

Založení stomie	$n_i$	$f_i$
Do 1 roku	11	22%
Do 5 let	16	33%
Do 10 let	13	27%
Nad 10 let	9	18%
Celkem	49	100,0%

Graf č. 6 Založení stomie



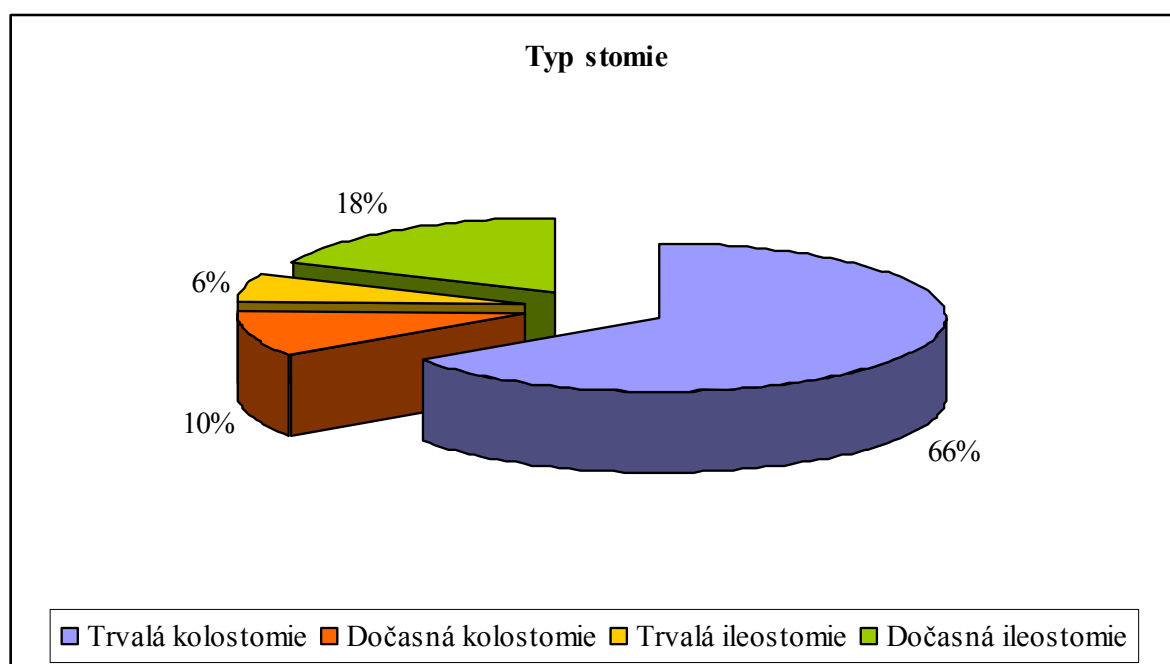
### **Položka č. 6 Jaký máte typ stomie?**

Z celkového množství 49 respondentů (100%) uvedlo 32 respondentů (66%) trvalá kolostomie, 5 respondentů (10%) uvedlo dočasná kolostomie, 3 respondenti (6%) trvalá ileostomie a 9 respondentů (18%) dočasná ileostomie.

*Tabulka č. 7 Typ stomie*

Typ stomie	Trvalá		Dočasná		Celkem	
	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$
Kolostomie	32	66%	5	10%	37	76%
Ileostomie	3	6%	9	18%	12	24%
Celkem	35	72%	14	28%	49	100%

*Graf č. 7 Typ stomie*



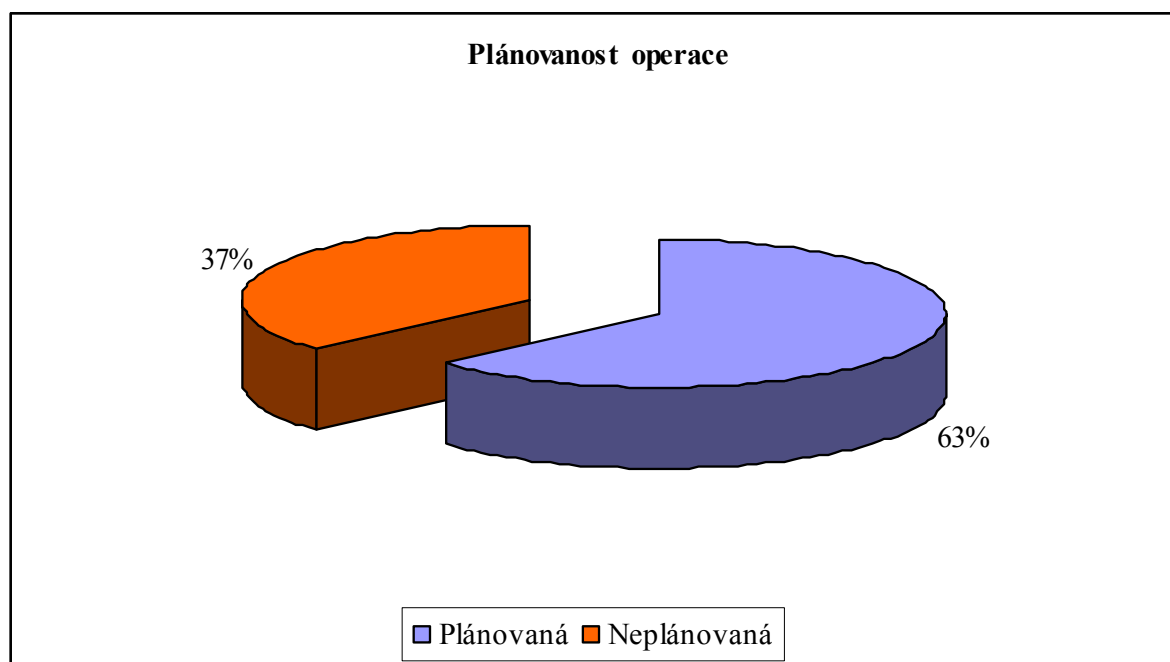
### **Položka č. 7 Operace při které Vám byla založena stomie byla plánovaná?**

Ze sledovaného vzorku 49 respondentů (100%) uvedlo 31 respondentů (63%) plánovaná operace a 18 respondentů (37%) neplánovaná operace.

*Tabulka č. 8 Plánovanost operace*

<b>Plánovanost operace</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Plánovaná	31	63%
Neplánovaná	18	37%
Celkem	49	100%

*Graf č. 8 Plánovanost operace*



**Položka č. 8 - Kdo a v jaké kvalitě Vás před operací informoval o důvodu založení stomie, životě se stomií a problematice jejího ošetřování.** (Známkováno jako ve škole, 1 - výborná, 5 - nedostatečná)

Z celkového počtu 49 respondentů (100%) bylo před operací informováno **ošetřujícím lékařem** (v tabulce OL) celkem 46 respondentů (94%) z toho 19 respondentů (39%) hodnotilo jeho informace jako výborné, 16 respondentů (33%) jako chvalitebné, 7 respondentů (14%) jako dobré, 3 respondenti (6%) jako dostatečné, jeden respondent (2%) jako nedostatečné a 3 respondenti (6%) nebyli ošetřujícím lékařem před operací informováni. Průměrný stupeň hodnocení 1,9.

**Stomasestrou** (v tabulce SS) bylo před operací informováno 28 respondentů (57%), její informace hodnotilo 15 respondentů (30%) jako výborné, 9 respondentů (18%) jako chvalitebné, 3 respondenti (6%) jako dobré a jeden respondent (2%) jako dostatečné. Hodnocení nedostatečné nebylo použito, 21 respondentů (44%) nebylo stomasestrou před operací edukováno. Průměrný stupeň hodnocení 1,6.

Informace od **sestry na oddělení nebo v ambulanci** (v tabulce VS) dostalo před operací 37 respondentů (76%). Její informace označilo jako výborné 21 respondentů (44%), jako chvalitebné 10 respondentů (20%), 4 respondenti (8%) jako dobré, jeden respondent (2%) jako dostatečné a jeden respondent (2%) jako nedostatečné. Sestrou na oddělení nebo na ambulanci nebylo před operací informováno 12 respondentů (24%). Jeden respondent (2,0%) uvádí, že nebyl před operací informován nikým, 17 respondentů (35%) zvolilo dvě varianty odpovědi a 23 respondentů (47%) zvolilo tři varianty. Průměrný stupeň hodnocení 1,7.

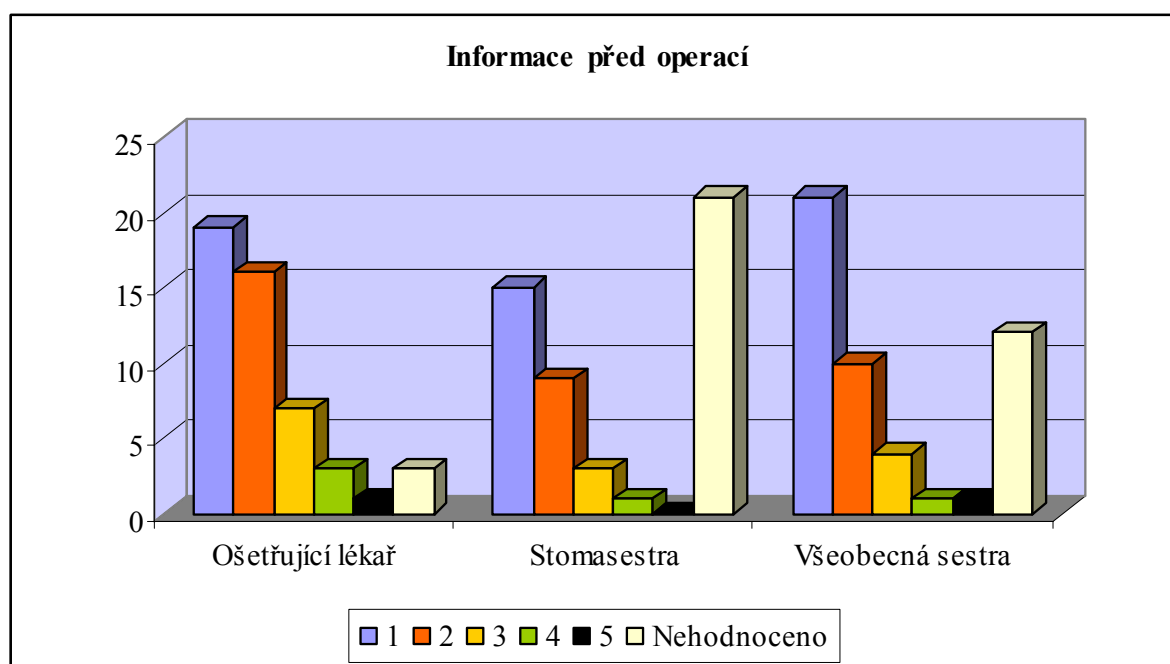
*Tabulka č. 9 Informace před operací*

Informace před operací	1		2		3		4		5		NE		Celkem	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>
OL	19	39%	16	33%	7	14%	3	6%	1	2%	3	6%	49	100%
SS	15	30%	9	18%	3	6%	1	2%	0	0%	21	44%	49	100%
VS	21	44%	10	20%	4	8%	1	2%	1	2%	12	24%	49	100%

(Vysvětlivky k tabulce: OL – ošetřující lékař, SS – stomasestra, VS - Všeobecná sestra, NE – nehodnoceno)



Graf č. 9 Informace před operací



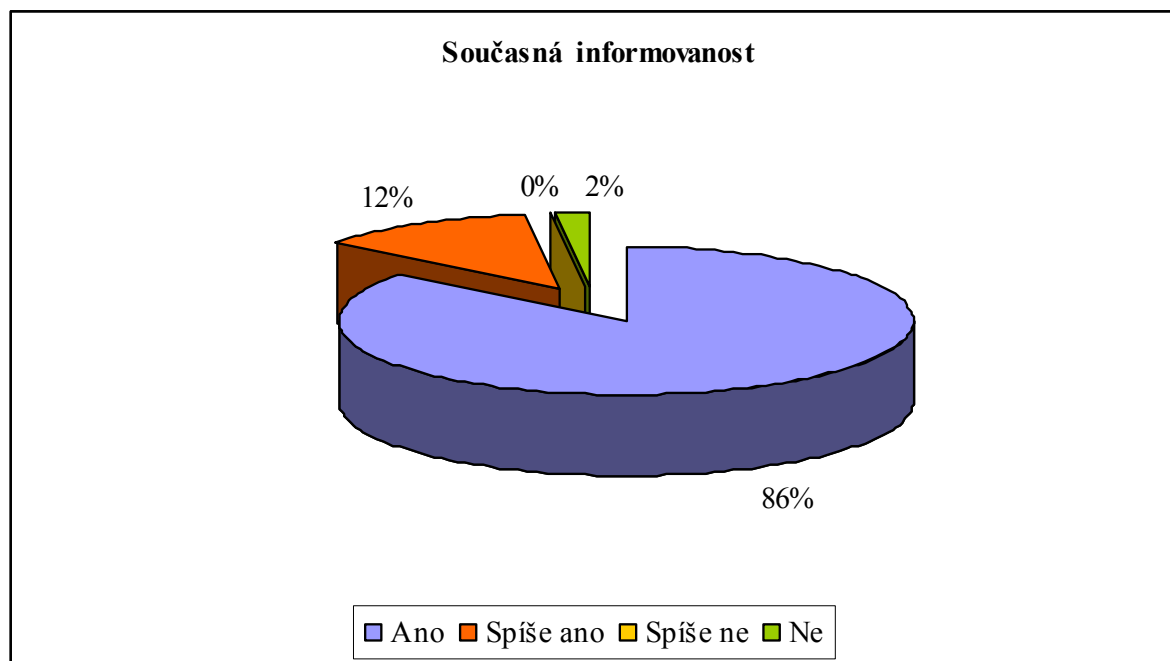
**Položka č. 9 - Domníváte se, že nyní máte dostatek informací ohledně stomie (nové pomůcky, ošetřování, výživová doporučení, komplikace, stoma kluby atd.)?**

Z celkového počtu 49 respondentů (100%) zvolilo variantu odpovědi ano 42 respondentů (86%), variantu spíše ano zvolilo 6 respondentů (12%) a variantu ne zvolil 1 respondent (2%). Variantu odpovědi spíše ne nezvolil žádný z respondentů.

*Tabulka č. 10 Současná informovanost*

<b>Současná informovanost</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Ano	42	86%
Spíše ano	6	12%
Spíše ne	0	0%
Ne	1	2%
Celkem	49	100%

*Graf č. 10 Současná informovanost*



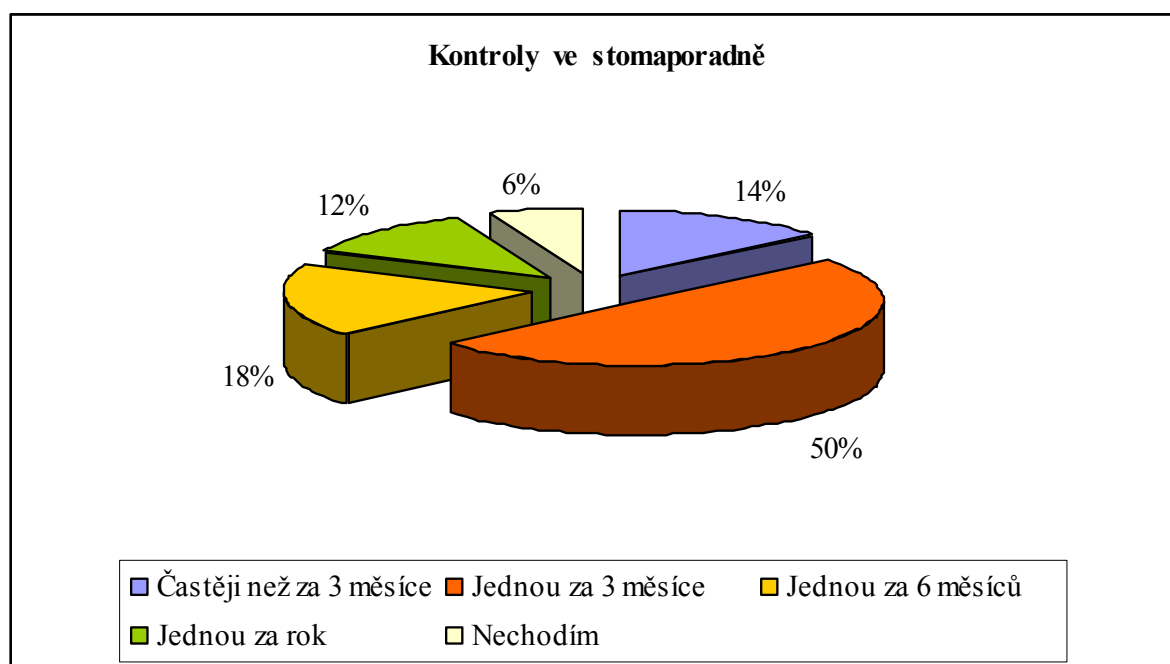
**Položka č. 10 - Jak často chodíte na kontroly do koloproktologické poradny (stoma poradny)?**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) uvedlo 7 respondentů (14%) že navštěvuje stomaporadnu častěji než jednou za 3 měsíce, 24 respondentů (50%) jednou za tři měsíce, 9 respondentů (18%) jednou za půl roku, 6 respondentů (12%) jednou za rok a 3 respondenti (6%) uvedli že nenavštěvují poradnu vůbec.

*Tabulka č. 11 Kontroly ve stomaporadně*

Kontroly ve stomaporadně	$n_i$	$f_i$
Častěji než za 3 měsíce	7	14%
Jednou za 3 měsíce	24	50%
Jednou za 6 měsíců	9	18%
Jednou za rok	6	12%
Nechodím	3	6%
Celkem	49	100%

*Graf č. 11 Kontroly ve stomaporadně*



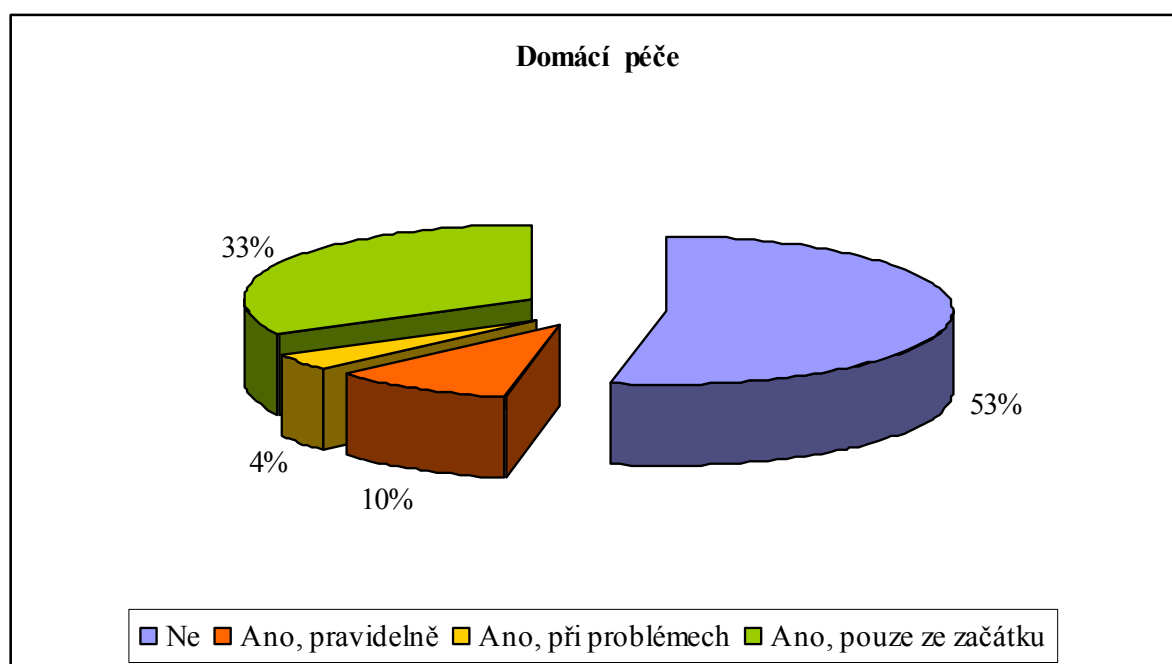
**Položka č. 11.1 Využil/a jste někdy v souvislosti s péčí o stomii služeb „domácí zdravotní péče“ ?**

Z celkového počtu 49 respondentů (100%) nikdy nevyužilo v souvislosti s péčí o stomii služeb domácí péče 26 respondentů (53%), 5 respondentů (10%) využívá služeb domácí péče v souvislosti s péčí o stomii pravidelně, 2 respondenti (4%) při obtížích vzniklých v souvislosti se stomií a 16 (33%) respondentů využilo služeb domácí péče v bezprostředním období po založení stomie. Z celkového počtu 49 respondentů (100%) 23 respondentů (47%) někdy využilo služeb domácí péče.

*Tabulka č. 12 Domácí péče*

<b>Domácí péče</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Ne	26	53%
Ano, pravidelně	5	10%
Ano, při problémech	2	4%
Ano, pouze ze začátku	16	33%
Celkem	49	100%

*Graf č. 12 Domácí péče*



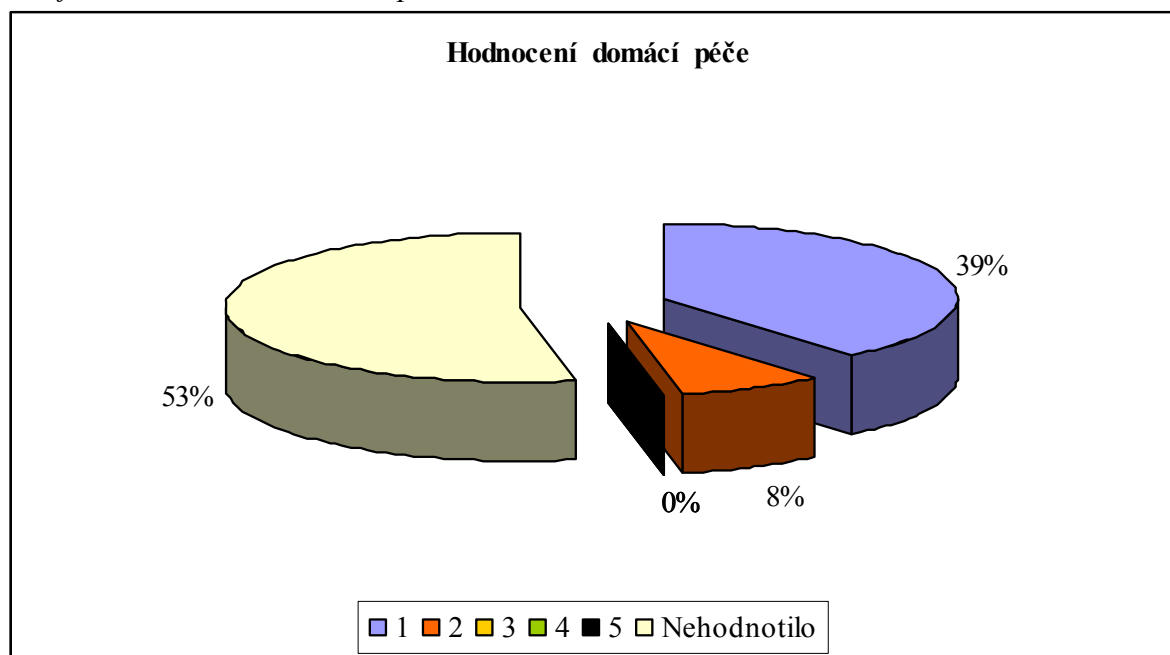
**Položka č. 11.2 - Pokud jste někdy využil/a služeb domácí péče, jak byste jí ohodnotil/a?** (Známkováno jako ve škole, 1 - výborná, 5 - nedostatečná)

Z celkového počtu 49 respondentů (100%) využilo domácí péče 23 respondentů (47%), 19 respondentů (39%) ohodnotilo její služby jako výborné a 4 respondenti (8%) stupněm 2. Žádný z respondentů nehodnotil služby domácí péče stupněm 3, 4 nebo 5. Služby domácí péče nehodnotilo 26 respondentů (53%).

*Tabulka č. 13 Hodnocení domácí péče*

Hodnocení domácí péče	$n_i$	$f_i$
1	19	39%
2	4	8%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
Nehodnotilo	26	53%
Celkem	49	100%

*Graf č. 13 Hodnocení domácí péče*



## **Položka č. 12 Kdo Vám poskytuje pomoc při řešení problémů s ošetřováním stomie?**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) zvolilo více než jednu variantu odpovědi 16 respondentů (34%), celkem bylo označeno 65 odpovědí. Celkem 37 respondentům (76%) poskytovala pomoc při řešení problémů v souvislosti s ošetřováním stomie stomasestra, 7 respondentům (14%) sestra domácí péče, 3 respondentům (6%) praktický lékař, 13 respondentům (26%) partner nebo jiný člen rodiny a 4 respondentům (8%) jiná osoba. Jeden respondent (2%) uvedl, že mu při řešení problémů nepomáhal nikdo, žádný z respondentů nevyhledal pomoc v klubu stomiků.

*Tabulka č. 14 Pomoc při řešení problémů*

<b>Pomoc při řešení problémů</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Stomasestra	25	52%
Sestra domácí péče	1	2%
Praktický lékař	1	2%
Partner, rodina	3	6%
Klub stomiků	0	0%
Někdo jiný	2	4%
Nikdo	1	2%
Stomasestra + sestra domácí péče	3	6%
Stomasestra + rodina	7	14%
Stomasestra + jiná osoba	2	4%
Sestra domácí péče + rodina	2	4%
Sestra domácí péče + praktický lékař	1	2%
Praktický lékař + rodina	1	2%
Celkem	49	100%

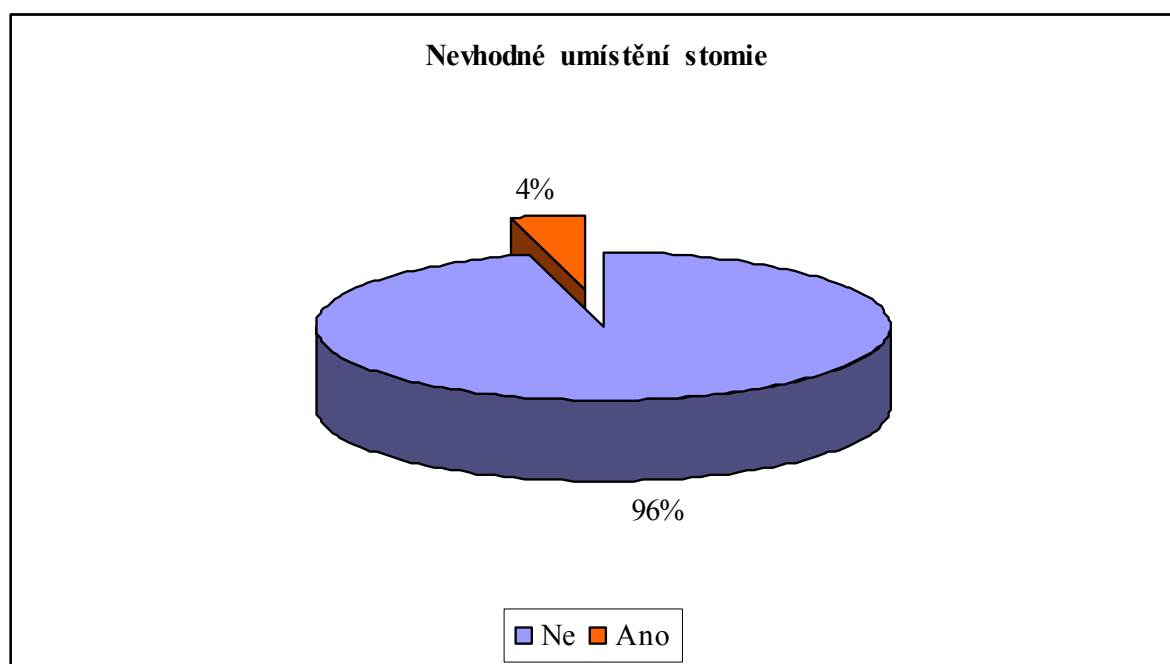
**Položka č. 13 Máte nějaké problémy s ošetřováním stomie z důvodu jejího nevhodného umístění?**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) uvedlo 47 respondentů (96%) že nemá problémy s ošetřováním stomie z důvodu jejího nevhodného umístění, 2 respondenti (4%) uvedli, že takové problémy má.

*Tabulka č. 15 Nevhodné umístění stomie*

Nevhodné umístění stomie	$n_i$	$f_i$
Ne	47	96%
Ano	2	4%
Celkem	49	100%

*Graf č. 14 Nevhodné umístění stomie*



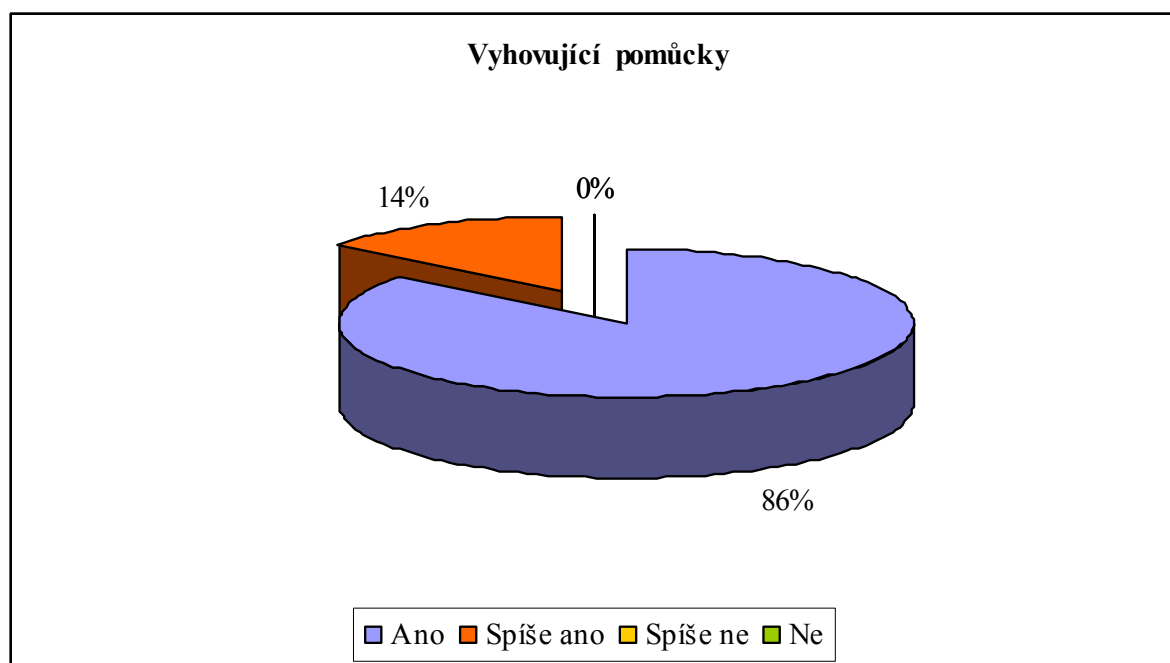
**Položka č. 14 Vyhovují Vám pomůcky které používáte? Pokud ne, máte možnost vyzkoušet jiné?**

Z celkového počtu 49 respondentů (100%) na otázku odpovědělo 42 respondentů (86%) „ano“, 7 respondentů (14%) odpovědělo „spíše ano“. Odpovědi „spíše ne“ a „ne“ nepoužil žádný z respondentů.

*Tabulka č.16 Vyhovující pomůcky*

Vyhovující pomůcky	$n_i$	$f_i$
Ano	42	86%
Spíše ano	7	14%
Spíše ne	0	0%
Ne	0	0%
Celkem	49	100%

*Graf č. 15 Vyhovující pomůcky*





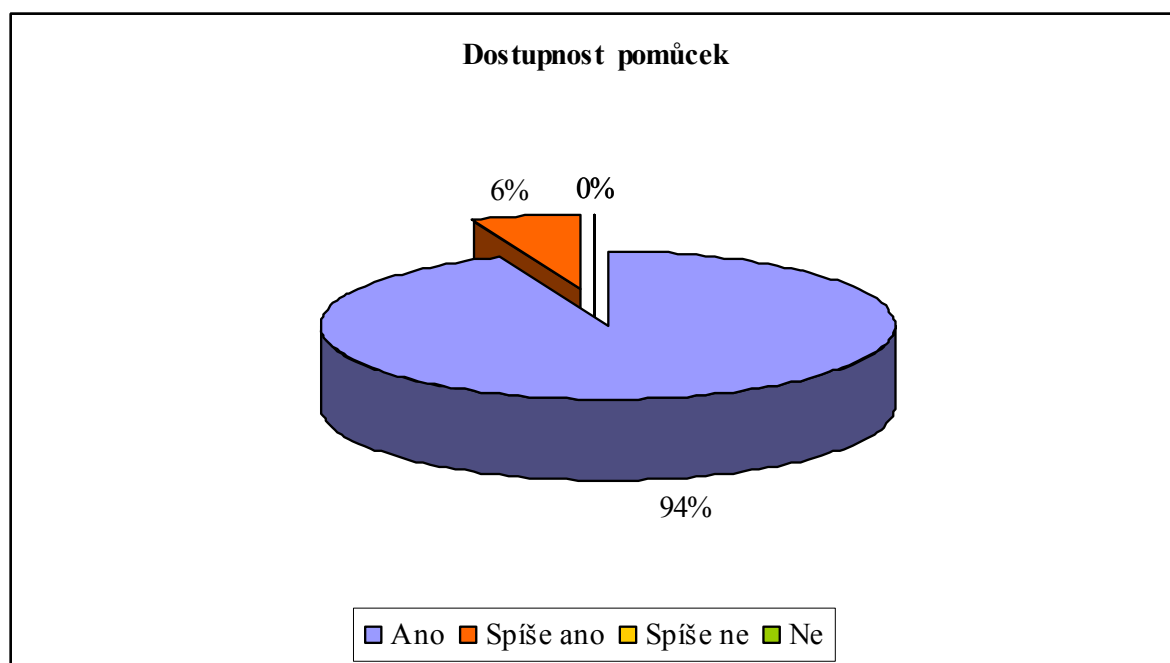
**Položka č. 15 Domníváte se, že jsou pomůcky pro stomiky v našem regionu dobře dostupné?**

Z celkového počtu 49 respondentů (100%) se domnívalo 46 respondentů (94%) že jsou stomické pomůcky v našem regionu dobře dostupné, 3 respondenti (6%) na tuto otázku odpověděli „spíše ano“. Odpovědi „spíše ne“ a „ne“ nikdo nepoužil.

*Tabulka č. 17 Dostupnost pomůcek*

Dostupnost pomůcek	$n_i$	$f_i$
Ano	46	94%
Spíše ano	3	6%
Spíše ne	0	0%
Ne	0	0%
Celkem	49	100%

*Graf č. 16 Dostupnost pomůcek*



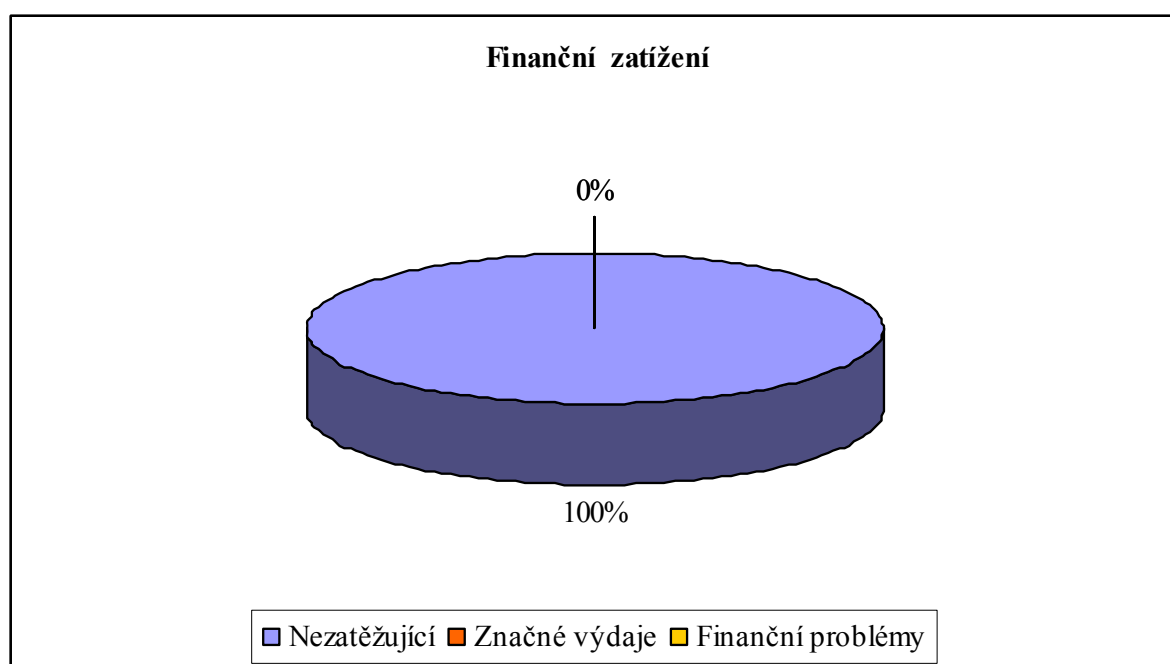
**Položka č. 16 Po finanční stránce hodnotíte zajištění nutných stomických pomůcek a léků pro svoji potřebu jako ...**

Všech 49 respondentů (100%) vzorku hodnotilo zajištění nutných stomických pomůcek a léků jako finančně nezatěžující.

*Tabulka č. 18 Finanční zatížení*

<b>Finanční zatížení</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Nezatěžující	49	100%
Značné výdaje	0	0%
Finanční problémy	0	0%
Celkem	49	100%

*Graf č. 17 Finanční zatížení*



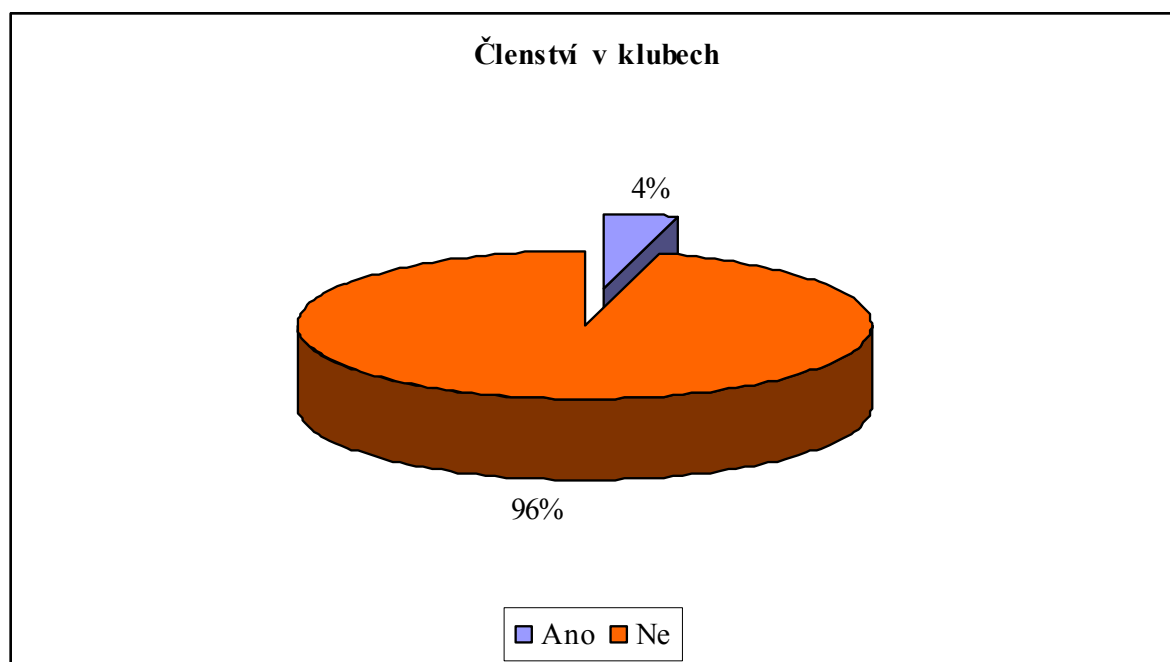
### **Položka č. 17 Jste členem klubu stomiků**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) byly 2 respondenti (4%) členy klubů stomiků, zbylých 47 respondentů (96%) nikoli.

*Tabulka č. 19 Členství v klubech*

Členství v klubech	$n_i$	$f_i$
Ano	2	4%
Ne	47	96%
Celkem	49	100%

*Graf č. 18 Členství v klubech*



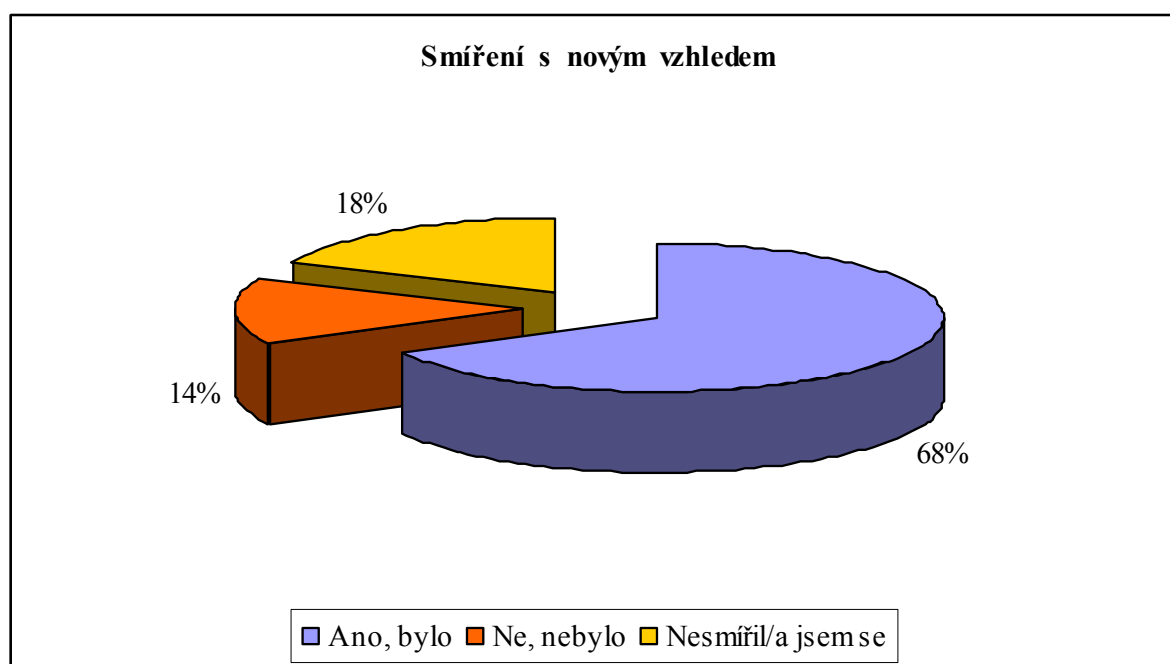
### **Položka č. 18 Bylo pro Vás těžké smířit se s novým vzhledem Vašeho těla?**

Pro 33 respondentů (68%) z celkového vzorku 49 respondentů (100%) bylo těžké smířit se s novým vzhledem těla, pro 7 respondentů (14%) to nebylo těžké a 9 respondentů (18%) se s novým vzhledem svého těla nikdy nesmířilo.

*Tabulka č. 20 Smíření s novým vzhledem*

<b>Smíření s novým vzhledem</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
Ano, bylo	33	68%
Ne, nebylo	7	14%
Nesmířil/a jsem se	9	18%
Celkem	49	100%

*Graf č. 19 Smíření s novým vzhledem*



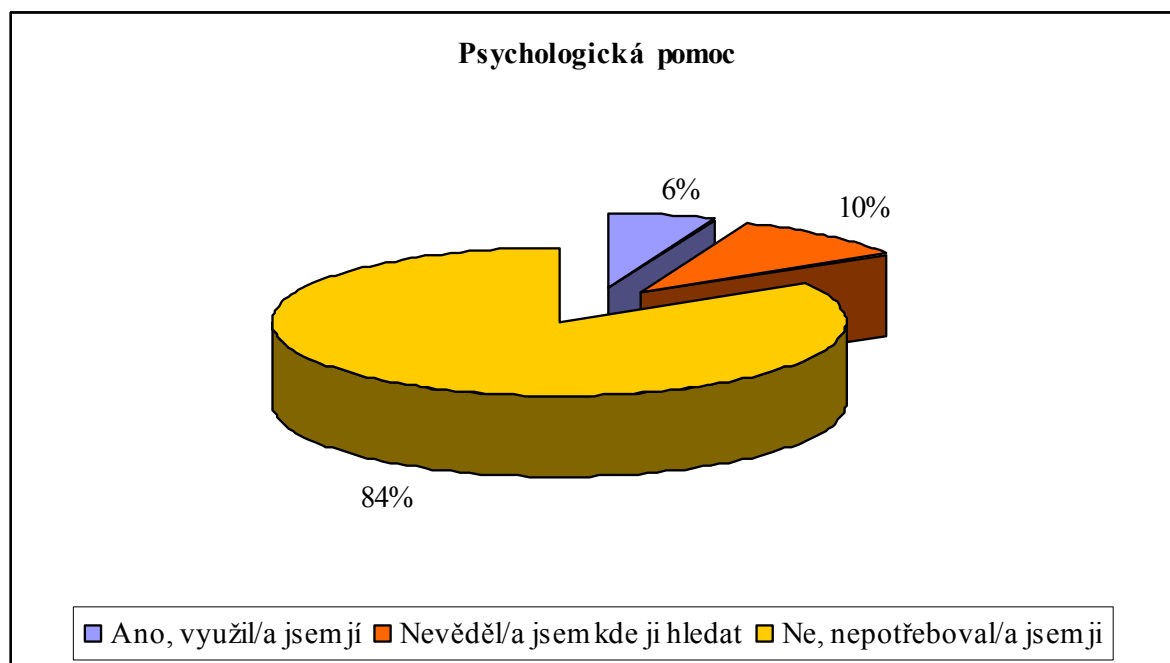
**Položka č. 19 - Využil/a jste při překonávání této životní situace po založení stomie odbornou psychologickou pomoc?**

Z celkového vzorku 49 respondentů (100%) uvedlo 41 respondentů (84%) že odbornou psychologickou pomoc nevyužilo protože jí nepotřebovalo, 5 respondentů (10%) uvedlo že by psychologickou pomoc využilo, ale nevědělo kde jí hledat a 3 respondenti (6%) odborné psychologické pomoci využili.

*Tabulka č.21 Psychologická pomoc*

<b>Psychologická pomoc</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Ano, využil/a jsem jí	3	6%
Nevěděl/a jsem kde ji hledat	5	10%
Ne, nepotřeboval/a jsem ji	41	84%
Celkem	49	100%

*Graf č. 20 Psychologická pomoc*



**Položka č. 20 Kdo byl pro Vás největší oporou při překonávání nové životní situace po založení stomie?**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) zvolilo více než jednu variantu odpovědi 37 respondentů (76%), celkem bylo označeno 93 odpovědí. Pro 39 respondentů (80%) byla největší oporou při překonávání nové životní situace po založení stomie rodina a nejbližší příbuzní, pro 27 respondentů (56%) partner nebo partnerka, 10 respondentů (20%) uvedlo variantu přátelé a spolupracovníci, 15 respondentů (30%) zdravotnický personál a dva respondenti (4%) uvedli jinou osobu.

*Tabulka č. 22 Opora po založení stomie*

<b>Opora po založení stomie</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Rodina	5	10%
Partner/ka	3	6%
Přátelé	1	2%
Zdravotníci	2	4%
Jiná osoba	1	2%
Rodina + partner/ka	17	36%
Rodina + přátelé	4	8%
Rodina + zdravotníci	6	12%
Partner + zdravotníci	2	4%
Zdravotníci + jiná osoba	1	2%
Rodina + partner + přátelé	3	6%
Rodina + partner + zdravotníci	2	4%
Rodina + přátelé + zdravotníci	2	4%
Celkem	49	100%

**Položka č. 21 Ve kterých oblastech života pociťujete po založení stomie největší omezení?**

Ze vzorku 49 respondentů (100%) zvolilo více než jednu variantu odpovědi 43 respondentů (88%), celkem bylo označeno 170 odpovědí. Po založení stomie pociťovalo největší omezení v oblasti spánku a odpočinku (v tabulce „spánek“) 19 respondentů (39%), 11 respondentů (22,%) v oblasti koníčků a zájmů (v tabulce „zájmy“), 23 respondentů (47%) ve společenském životě (v tabulce „společnost“), 13 respondentů (27%) v partnerském a sexuálním životě (v tabulce „sex“), 9 respondentů (18%) v oblasti výživy a stravování (v tabulce „výživa“), 15 respondentů (31%) ve sportovních aktivitách (v tabulce „sport“), 7 respondentů (14%) v běžných denních činnostech (v tabulce „denní činnosti“), 3 respondenti (6%) při kontaktu s přáteli (v tabulce „přátelé“), 21 respondentů (43%) v oblasti oblékání, 31 respondentů (63%) při cestování, 9 respondentů (18%) v zaměstnání a 3 respondenti (6%) v rodinném životě (v tabulce „rodina“). Jen 6 respondentů (12%) nepociťovalo po založení stomie omezení v žádné oblasti života.

*Tabulka č.23 Oblasti s největším omezením*

<b>Oblasti s největším omezením</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Všechny oblasti	2	4%
Spánek + zájmy + společnost + výživa + oblékání + cestování	1	2%
Spánek + zájmy + společnost + oblékání + cestování + zaměstnání	1	2%
Spánek + společnost	1	2%
Spánek + společnost + sex + oblékání + cestování	1	2%
Spánek + společnost + sport + oblékání + cestování	1	2%
Spánek + společnost + oblékání	2	4%
Spánek + společnost + oblékání + cestování	1	2%
Spánek + společnost + cestování	1	2%
Spánek + sex + oblékání + cestování	2	4%
Spánek + výživa + oblékání + cestování	2	4%
Spánek + sport + oblékání + cestování	1	2%

*Pokračování tabulky na straně 72*

*Pokračování tabulky ze strany 71*

Spánek + oblékání + cestování	2	4%
Zájmy + společnost	1	2%
Zájmy + společnost + sex + zaměstnání	1	2%
Zájmy + společnost + sport + denní činnosti + cestování	1	2%
Zájmy + sex + výživa + oblékání + cestování	1	2%
Zájmy + sex + cestování	1	2%
Zájmy + sport + denní činnosti + zaměstnání	1	2%
Zájmy + sport + cestování	1	2%
Společnost + sex + výživa	1	2%
Společnost + výživa	1	2%
Společnost + výživa + sport + denní činnosti + cestování	1	2%
Společnost +sport	1	2%
Společnost + přátelé + rodina	1	2%
Společnost + oblékání + cestování	1	2%
Společnost + cestování	3	6%
Sex +sport + denní činnosti + cestování + zaměstnání	1	2%
Sex + sport + cestování + zaměstnání	1	2%
Sex + oblékání + cestování	1	2%
Sex + cestování	1	2%
Sport + denní činnosti + cestování + zaměstnání	1	2%
Sport + oblékání + cestování	1	2%
Sport + cestování	1	2%
Sport + zaměstnání	1	2%
Oblékání + cestování	1	2%
Jiná omezení	0	0%
Žádná omezení	6	12%
Celkem	49	100%



## 4 DISKUSE

Do dotazníkového šetření se zapojilo v absolutním číselném vyjádření 49 respondentů (100%) se založenou kolostomií nebo ileostomií kteří v době probíhajícího výzkumného šetření byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení, navštívili některou z odborných chirurgických ambulancí nebo byli klienty domácí péče Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., nemocnice středočeského kraje.

Vzorek respondentů byl tvořen většinou zastoupenou skupinou 31 respondentů mužského pohlaví (63%) a 18 respondentkami ženského pohlaví (37%). Věkové spektrum osob v daném vzorku se pohybovalo od 36 let do 87 let s průměrným věkem respondenta 64,2 let (ženy 64,5; muži 64,0). Nejpočetněji zastoupena byla věková skupina 61 až 70 let a to 19 respondenty (40%). Následovaly věkové skupiny 51 až 60 let a skupina osob starších než 71 let, obě shodně zastoupené 12 respondenty (24%). Věková skupina stomiků do 50 let zahrnovala 6 respondentů (12%), z toho 2 respondenty do 40 let. Na otázku „Jaké je Vaše zaměstnání?“ uvedlo 28 respondentů (58%) odpověď starobní důchodce, což odpovídá věkovému zastoupení vzorku. Z 21 respondentů v produktivním věku bylo 11 respondentů (22%) pracujících, tedy v zaměstnaneckém poměru nebo podnikalo, 9 respondentů (18%) invalidních důchodců a jeden respondent (2%) uvedl variantu nezaměstnaný.

Složení zkoumaného vzorku stomiků bylo srovnatelné s výsledky popisovanými oběma autorkami porovnávaných bakalářských prací. Obě autorky shodně uvádějí ve sledovaném vzorku větší zastoupení mužů, autorka Dana Uherková 73% mužů a 27% žen, autorka Darina Matějková rovnoměrněji zastoupené skupiny obou pohlaví a to 51 % mužů a 49% žen. Věkové zastoupení vzorku je téměř shodné se složením vzorku autorky Dariny Matějkové, která uvádí průměrný věk respondentů 63 let, stejně tak nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinu 61 až 70 let 37 % respondentů, 26% stomiků ve věkovém spektru 51 až 60 let a 26% respondentů ve věku nad 71 let. Autorka Dana Uherková ve své práci neuvádí průměrný věk respondentů a její třídění proběhlo do odlišných věkových skupin, přesto však i z jejího výzkumu vyplývá největší počet respondentů ve věku 55 až 74 a to 53%, dále pak 18% respondentů ve věku 45 až 54 let stejnou procentuální četnost stomiků ve věkové skupině nad 75 let. Při porovnávání dalšího parametru šetření, tedy zaměstnání osob mě velmi překvapil výsledek autorky Uherkové, která uvádí 94% respondentů zařazených do systému státní sociální podpory (52% důchodců

starobních a 42% důchodců invalidních) a pouze 6% osob pracujících. Autorka Matějková ke stejnému parametru uvádí 75% respondentů ve skupině státní sociální podpory a 25% pracujících.

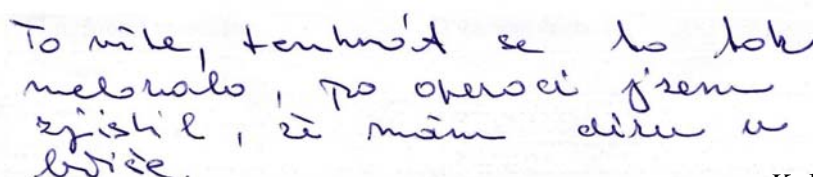
Vzorek respondentů se stomií založenou v časovém rozpětí od 1 měsíce do 32 let byl zastoupen většinou skupinou 32 respondentů (66%) s trvalou kolostomií, dále 5 respondenty (10%) s dočasnou kolostomií, 3 respondenty (6%) s trvalou ileostomií a 9 respondenty (18%) s dočasnou ileostomií. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 37 respondentů (76%) s kolostomií a 12 respondentů (24%) s ileostomií, 35 trvalých (72%) a 14 dočasných (28%) stomiků. Složení vzorku do značné míry koresponduje s výsledky výzkumu Petřivalského nadace a agentury Median z roku 2008, který sledoval zastoupení nově operovaných pacientů se stomií přibližně ve stovce nemocnic celé České republiky. Z jeho výsledků vyplývá, že u nově zakládaných stomií klesá podíl trvalých stomií a vzrůstá počet stomií dočasných ale i přes tento trend však trvalé stomie tvořily 62 % a dočasné 38%. Z výsledků téhož výzkumu je zřejmé že struktura jednotlivých druhů stomií se v průběhu času mění jen nepatrně - většinou skupinu tvořili kolostomici 81%, ileostomici pak tvořili zbylých 19%.

Při realizaci hlavního cíle bakalářské práce bylo provedeno vyhodnocení sledovaných údajů týkajících se spokojenosti stomiků s kvalitou vybraných oblastí péče na mladoboleslavsku. Jednotlivé sledované oblasti péče byly vytipovány na základě dokumentu „Charta práv stomiků“ (Příloha číslo 8) schváleného mezinárodní asociací stomiků (IOA) v roce 2004 který definuje speciální potřeby této skupiny tělesně postižených občanů, které jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí a participovat na všech důležitých rozhodnutích.

Péče o budoucího stomika začíná již v předoperačním období. „Každý stomik má právo na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií.“ (ILCO, online) Povinnost lékaře vhodným způsobem poučit nemocného o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohl stát aktivním spolupracovníkem při poskytování zdravotní péče je dána zákonem O péči o zdraví lidu číslo 20/1966 Sb. § 23. Všeobecná sestra je oprávněna ale i povinna poučit nemocného o postupu při konkrétním zdravotnickém výkonu, který sama provádí v rámci svých kompetencí, sestry specialistky edukují také o prevenci, komplikacích a rizicích, které mohou nastat.

Předoperační informovanost klientů o důvodu založení stomie, životě se stomií a problematice jejího ošetřování byla zjišťována v položce číslo 8. Respondenti hodnotili

kvalitu informací získaných od jednotlivých edukujících pomocí číselné škály 1 až 5, kde hodnocení stupněm „1“ znamenalo výborné informace, stupněm „5“ nedostatečné informace (školní klasifikace). Ze zkoumaného vzorku uvedlo 23 respondentů (47%) že bylo edukováno před operací současně ošetřujícím lékařem, stomasestrou i všeobecnou sestrou (u 22 plánovaných a 1 neplánovaného výkonu). Ošetřující lékař spolu se stomasestrou poskytli předoperační informace 5 respondentům (10%) a 12 respondentů (25%) bylo edukováno ošetřujícím lékařem a všeobecnou sestrou. Pouze ošetřujícím lékařem bylo před operací informováno 6 respondentů (12%) a 2 respondenti (4%) uvedli že získali informace pouze od všeobecné sestry. Žádný z respondentů neuvedl jinou variantu získání informací před operací. Jeden respondent (2%) uvedl že nebyl před operací informován nikým. Jednalo se o klienta kterému byla stomie založena před 32 lety a v dotazníku dodal:



*Kolostomik, 67 let*

Kvalitu a rozsah informací o důvodu založení stomie, problematice operačního výkonu, možných komplikacích a následného života se stomií podaných ošetřujícím lékařem hodnotilo celkem 46 respondentů (94%). Spokojenost vyjádřilo 42 respondentů (86%) ohodnocením stupněm 1 až 3, výhrady vyjádřili 4 respondenti (8%) ohodnocením stupněm 4 až 5. Průměrný stupeň hodnocení předoperačních informací podaných ošetřujícím lékařem byl 1,9.

Stomasestrou bylo před operací edukováno celkem 28 respondentů (56%), spokojenost vyjádřilo 27 respondentů (54%), výhrady vyjádřil jeden respondent (2%). Průměrný stupeň hodnocení kvality informací poskytnutých stomasestrou byl 1,6. Ze 21 stomiků kteří nepodstoupili psychologicko edukační rozhovor se stomasestrou se v 15 případech jednalo o neplánovanou operaci a celkem u 4 respondentů se jednalo o stomiky operované před rokem 1992, kdy ještě v mladoboleslavské nemocnici nepracovala ústavní stomasestra.

Předoperační informace od všeobecné sestry na oddělení nebo v ambulanci dostalo celkem 37 respondentů (76%). Hodnocení stupněm 1 až 3 použilo 35 respondentů (72%),

stupeň 4 stejně jako stupeň 5 uvedl vždy jeden respondent (4%). Průměrný stupeň hodnocení informací poskytnutých všeobecnou sestrou byl 1,7.

Výrazně kladné hodnocení rozsahu a kvality předoperačních informací převažuje u všech tří sledovaných kategorií zdravotnických pracovníků bez ohledu na plánovanost operačního výkonu. Z výsledků šetření je rovněž patrná zvyšující se míra spokojenosti klientů s předoperační informovaností s ohledem na délku založení stomie. Více než jedna čtvrtina (28%) hodnocení stupněm 3 u všech tří hodnocených skupin edukujících a 7 respondenty (14%) uváděná absence předoperační sesterské edukace o životě se stomií a problematice jejího ošetřování však poukazuje na nutnost dalšího zdokonalování předoperační edukace klientů.

„Každý stomik má právo na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta.“ (ILCO, online) Výběr vhodného místa pro umístění stomie je součástí speciální předoperační přípravy. Přestože ze sledovaného vzorku podstoupilo 18 respondentů (37%) neplánovanou operaci uvedli pouze 2 respondenti (4%) problémy s ošetřováním stomie z důvodu jejího nevhodného umístění. Jedna respondentka blíže specifikovala tyto problémy:



*Kolostomička, 74 let*

Výsledek absolutního zastoupení 47 respondentů (96%) kteří nemají problémy s ošetřováním stomie z důvodu jejího nevhodného umístění byl pozitivním zjištěním.

Další sledovanou oblastí byla současná míra informovanosti stomiků v oblasti péče o stomii, o nových pomůckách, možných komplikacích, výživových doporučeních a doporučených režimových opatření bez ohledu na jejich zdroj. Ze zkoumaného vzorku se 42 respondentů (86%) domnívá že má dostatek informací, variantu „spíše ano“ zvolilo 6 respondentů (12%) a pouze jeden respondent (2%) se domnívá, že nemá dostatek informací. Zjištěné výsledky jsou téměř shodné s výsledky šetření autorky Dany Uherkové, která ve své bakalářské práci ve stejné položce uvádí 87% dostatečně informovaných respondentů, 11% spíše dostatečně a 2% spíše nedostatečně informovaných respondentů.

Na otázku: „Jak často navštěvujete stomaporadnu?“ uvedlo 7 respondentů (14%) návštěvy častější než jednou za 3 měsíce, 24 respondentů, což je polovina zkoumaného vzorku (50%) jednou za tři měsíce a 15 respondentů (30%) jednou za půl roku až za rok.

Tři respondenti (6%) uvedli že nenavštěvují poradnu vůbec. Domnívám se, že v této položce ne všichni dotazovaní uváděli přesnou odpověď. Je sice pravdou, že 11 respondentů (22%) ze sledovaného uvedlo že má stomii založenou dobu kratší než 1 rok, lze tedy předpokládat jejich častější kontroly v poradně v bezprostředním pooperačním období a také poukazy na stomické pomůcky bývají vystavovány nejvýše na dobu 3 měsíců, ale vzhledem k tomu, že distribuce a sběr dotazníků musel probíhat téměř pět měsíců, aby bylo možné shromáždit potřebný rozsah vzorku respondentů, myslím, že návštěvy stomaporadny nejsou tak časté. Bohužel jsem neměla možnost srovnání, tento parametr nesledovala žádná z porovnávaných bakalářských prací.

Dlouhodobá domácí péče má, zejména pro klienty s poruchami soběstačnosti, neschopnými samostatně nebo s pomocí rodiny zvládnout péči o stomii kteří by jinak vyžadovali pobyt na oddělení následné péče či v sociálním zařízení, velký význam. Akutní domácí péče je alternativou hospitalizace v domácím prostředí u klientů s komplikacemi umělého střevního vývodu nebo v bezprostředním období po založení stomie. Služeb domácí péče v souvislosti s péčí o stomii využívalo 5 respondentů (10%) pravidelně, 2 respondenti (4%) při obtížích a 16 respondentů (33%) využilo služeb domácí péče pouze v bezprostředním období po založení stomie. Z 23 respondentů (100%) kteří někdy využili služeb domácí péče ohodnotilo 19 respondentů (83%) stupněm 1 a 4 respondenti (17%) stupněm 2. Žádný z respondentů nehodnotil služby domácí péče stupněm horším než 2. Dva respondenti (4%) žijící v sociálním zařízení uvedli že jim při problémech s péčí o stomii pomáhali zaměstnanci tohoto zařízení. Z celkového vzorku vyhledávali pouze 3 respondenti (6%) pomoc při ošetřování stomie v ordinaci praktického lékaře. U 13 respondentů (26%) se na péči o stomii podílel partner nebo jiný rodinný příslušník, dalšími pečujícími osobami byly sousedka, která pracuje jako zdravotní sestra a kamarádka. Pomoc v klubech stomiků nevyhledal ani jeden z dotazovaných. Nejvíce stomiků (37 respondentů 76%) vyhledávalo pomoc při řešení problémů s ošetřováním stomie u stomasestry čímž se splnil můj teoretický předpoklad její nezastupitelné úlohy při řešení problémů s ošetřováním umělého střevního vývodu.

K tomuto parametru uvedla autorka Dana Uherková ve své bakalářské práci dokonce 90% respondentů kterým pomáhala při řešení problémů se stomií stomasestra, ale naopak v jejím výzkumu žádný z respondentů neuvedl, že by využil služeb domácí péče. Dalšími pečujícími osobami i v jejím šetření byly lékař (a to v poměrně četném zastoupení 32% odpovědí), partner, rodina a přátelé celkem u 17% respondentů a 5% dotazovaných hledalo pomoc v klubech stomiků.

„Každý stomik má právo na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici a možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek.“ (ILCO, online) Nejen o vysoké kvalitě současných stomických pomůcek ale i o zkušenostech stomasestry s jejich výběrem vypovídá položka která sledovala zda respondentům vyhovují pomůcky které používají. Z celkového vzorku na tuto otázku odpovědělo 42 respondentů (86%) „ano“, 7 respondentů (14%) odpovědělo „spíše ano“. Odpovědi „spíše ne“ a „ne“ nepoužil žádný z respondentů, přesto se 21 respondentů (42%) kladně vyjádřilo ke druhé části otázky „pokud Vám pomůcky nevyhovují, máte možnost vyzkoušet jiné?“.

V LÉTECH 1986 KDY JSEM BIL NA OPERACI TY POMUCKY  
BILI HROZNÉ TEĎ JSOU VÝBORNÉ MÍT VE TENKRÁT BIL O VŠE DÍLE

*Kolostomik, 87 let*

Z celkového vzorku poměrně rovnoměrně zastoupeného 29 respondenty (59%) žijícími na vesnici a 20 respondenty (41%) s bydlištěm ve městě považovalo 46 respondentů (94%) pomůcky pro stomiky v našem regionu za dobře dostupné a 3 respondenti (6%) za poměrně dobře dostupné.

K podobným závěrům dospěly i autorky obou porovnávaných prací. Spokojenost brněnských stomiků s kvalitou kompenzačních pomůcek sledovala ve své práci Dana Uherková. V jejím šetření bylo 85% stomiků spokojených, 13% spíše spokojených a jeden respondent (2%) byl s kvalitou a výběrem stomických pomůcek spíše nespokojený. Šíře sortimentu a dostupnost kompenzačních pomůcek pro stomiky žijící na území Královéhradeckého a Pardubického kraje byla jedním ze sledovaných parametrů v práci Dariny Matějkové. Spokojenost s šíří sortimentu a dostupností pomůcek vyjádřilo 54% respondentů, 41% uvedlo postupné zlepšování na trhu se stomickými pomůckami a negativně stav hodnotilo pouze 5% respondentů.

Po ekonomické stránce zhodnotilo zajištění nutných stomických pomůcek pro svoji potřebu jako nezatěžující všech 49 respondentů, tedy celý vzorek, přestože 38 respondentů (78%) bylo zařazeno v systému státního sociálního zabezpečení, což svědčí o tom, že finanční a množstevní limity pomůcek hrazených pojišťovnami jsou dostačující a současně o dobré spolupráci stomasestry s revizním lékařem při schvalování případného navýšení limitů.

Autorka Darina Matějková k tomuto sledovanému parametru uvedla že 70% respondentů zajišťování pomůcek finančně nezatěžovalo, 27% respondentů

pociťovalo finanční zatížení a 3% výrazné finanční problémy. Přestože její šetření probíhalo v období před zavedením první fáze reformy veřejných financí doprovázené i změnami v resortu zdravotnictví, nelze tedy říci že by zdravotnická reforma platná od 1.1.2008 měla negativní dopad na finanční pokrytí nákladů spojených s nákupem stomických pomůcek pacienty.

„Každý stomik má právo na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují“ (ILCO, online). Kluby stomiků - občanská sdružení nositelů stomií jejichž prvořadým cílem je hájit zájmy stomiků především v oblasti dostupnosti kvalitních kompenzačních pomůcek, mají pro klienty se střevními vývody také podstatný psychologický a společenský význam. Kulturní, sportovní a společenské akce pořádané kluby stomiků napomáhají k minimalizaci pocitu sociální izolace a opětovnému získání sebedůvěry stomika. Na společných setkáních stomici získávají informace o novinkách v oblasti kompenzačních pomůcek od zástupců firem, účastní se odborných přednášek lékařů, stomasester, onkologů, psychologů, sexuologů a dalších odborníků. Stomici zde nacházejí praktické zkušenosti a cenné rady od osob se stejným tělesným postižením, které dobře zvládají život se stomií, porozumění a pomoc při zvládání složitých psychických problémů způsobených novou situací, ale i oproštění od denních starostí.

Skutečnost že pouze dva respondenti (4%) ze sledovaného vzorku stomiků na mladoboleslavsku jsou v současné době členy klubů stomiků a jeden respondent byl členem klubu, ale v současné době se již setkání nezúčastňuje ze zdravotních důvodů, mě velice nepříjemně překvapila zvláště při srovnání s výsledky šetření Dany Uherkové, které probíhalo u vzorku respondentů v Brně a okolí (kde fungují dokonce dva členské kluby sdružení České ILCO), která ve své bakalářské práci uvádí členství v klubech u 45% respondentů.

*MAM ZDRAVOTNÍ ZDRAVOTNÍ POTÍŽE SE SROUCEM JSEM UŽ STARÝ LETOS 88 R*

*Kolostomik 87 let*

Domnívám se, že příčinou toho, že 46 respondentů (94%) nikdy nevyhledalo pomoc v organizacích stomiků není nedostatečná informovanost, ale fakt, že na mladoboleslavsku žádný klub nepracuje a nejbližší organizace jsou poměrně vzdálené a to členské kluby sdružení České ILCO v České Lípě 44 km, v Praze 64 km a dobrovolné sdružení stomiků

Trutnov 34 km, což je zvláště pro stomiky bez vlastního dopravního prostředku vzhledem k náročnému cestování významným omezujícím faktorem.

Kluby stomiků zakládají a vedou samotní stomici. Bez počáteční podpory a pomoci lékaře nebo sestry ale většinou nejsou stomici sami schopni získat potřebné kontakty a svolat ustavující schůzi. Po získání dvou či tří aktivních klientů může už klub vzniknout a pracovat samostatně s podporou Českého ILCO. Je ovšem otázkou zda vůbec sami stomici mají o založení klubu v Mladé Boleslavi zájem. Na doplňující otevřenou otázku „Proč nejste členem klubu stomiků?“ odpovědělo pouze 9 respondentů. Dvě odpovědi zněly: „nevím, že nějaký existuje“, dva stomici odpověděli: „nemám zájem“, v dalších odpovědích se objevily následující důvody: „nevím, nepřemýšlel jsem o tom“, „nežiji na jednom místě“, „nemám PC a cestování mi nedělá dobře“ nebo „stomii mám zatím krátce“. Pouze dva stomici připustili, že by klub stomiků uvítali.

UVÍTALA BYCH STOMIA KLUB

Ileostomička, 70 let

jen kdyby byl stoma-klub blíž.

Kolostomik, 67 let

„Zvládnutí života se stomií je psychicky velmi obtížné. Cesta k akceptaci stomie bývá různě dlouhá, některým stomikům to trvá i několik let a známí lidi, kteří se s ní nesmířili nikdy.“ (Kreml, 2007, online)

Přestože pro 33 respondentů (68%) ze sledovaného vzorku bylo těžké smířit se s novým obrazem těla po založení stomie a 9 respondentů (18%) se s novým vzhledem svého těla nikdy nesmířilo, uvedlo 41 respondentů (84%) že v souvislosti s touto náročnou životní situací nepotřebovalo odbornou psychologickou pomoc.

Doporučoval bych pacientům, aby to brali tak jak to je a ne klykali si s tím něčím hlava. Bohužel nám to přivodil osud a musíme to tak brát. Myslel jsem že by se to mělo brát s humorem. Opravdu se to lépe roláda! :-)

Kolostomik, 55 let



Pět respondentů (10%) připustilo že by psychologickou pomoc využilo, ale nevědělo, kde jí hledat. Ze tří respondentů (6%), kteří odbornou psychologickou pomoc vyhledali byla pro 2 respondenty spíše přínosná a jeden respondent se domníval, že mu v jeho situaci nijak výrazněji nepomohla. Převaha klientů, kteří popírají potřebu odborné psychologické pomoci se dá vysvětlovat několika způsoby. Můžeme se pouze dohadovat zda stomici tuto pomoc skutečně nepotřebují, zda mají dostatečnou podporu ve formě laické psychologické pomoci ze strany rodiny, blízkých, zdravotníků, či jiných osob nebo jde o předsudky, strach z neznáma, stud nebo důsledek negativního postoje veřejnosti k psychologické péči jako takové. V naší společnosti je běžným standardem vyhledat odbornou pomoc při tělesné bolesti, ne však při bolesti duševní. Úlohou zdravotníka je naslouchat, zhodnotit zda je psychologická intervence potřebná a šetrně edukovat klienta o vhodnosti jejího využití.

*Zkusím si to v tomto případě ještě představit!  
Ale když to představím, že jdu na tom lůžku ještě hůř  
než já, tak se člověk smíří s tímto stavem.*

*Kolostomik, 68 let*

Zmapovat kdo byl pro stomiky největší oporou po založení umělého střevního vývodu bylo **prvním z dílčích cílů** této práce. Při překonávání nově vzniklé životní situace našlo největší oporu a pomoc 39 respondentů (80%) ve své rodině a nejbližších příbuzných a to bez ohledu na společné soužití, 27 respondentů (56%) hledalo oporu u partnera. V pořadí četnosti následovala varianta odpovědi pomoc zdravotnických pracovníků u počtu 15 respondentů (30%), v 10 případech odpovědi (20%) byla uváděna pomoc ze strany přátel a spolupracovníků, dva respondenti pak uvedli jinou variantu odpovědi – v jednom případě sousedka a jeden respondent blíže nespecifikoval o jakou osobu se jednalo. Pouze jednu variantu odpovědi zvolilo 12 respondentů (24,5%), 2 varianty byly použity 30 respondenty (61,2%) a 7 respondenty (14,3%) tři odpovědi. Stejně tak jako v práci autorky Dariny Matějkové, která při hodnocení této oblasti uvedla, že největší oporou byla pro 79% respondentů rodina, pro 52% partner, pro 36% pomoc přátel a pro 28% zdravotnický personál, byla tímto výsledkem jednoznačně potvrzena nezastupitelná úloha rodiny při překonávání náročné životní situace po založení stomie, ovšem nemalou roli však sehrává také odborný zdravotnický personál.

**Druhým dílčím cílem** této práce bylo zmapovat, ve kterých oblastech života pociťovali klienti po založení stomie největší omezení. Celkem bylo označeno 170 odpovědí. Více než jednu variantu odpovědi zvolilo 43 respondentů (88%), dva respondenti (4%) pociťovali omezení ve všech 12 zjišťovaných oblastech života.

Nejvíce - 31 respondentů (63%) napříč celým věkovým spektrem a rovnoměrně zastoupených mezi oběma pohlavími uvedlo, že jim stomie činila největší obtíže při cestování.

Druhou nejpočetněji označovanou oblastí omezení byl společenský život, který uvedlo 23 respondentů (47%). Ve společnosti nejistí nebo ze společenského života úplně vyřazení se cítili většinou klienti vyššího věku, tedy starobní důchodci a to ve 20 případech (40%), je tedy možné, že uváděná sociální izolovanost není pouze důsledkem založením stomie. Pouze tři respondenti (6%) uvedli potíže v rodinném životě a kontaktu s přáteli, všichni tři zároveň uváděli i obtíže ve společenském životě a v předcházejícím parametru neuvedli ani podporu rodiny, partnera či přátel v období po založení stomie. Problémy v oblasti oblékání uvedlo celkem 21 respondentů (44%) a to téměř všechny ženy - 16 respondentek a 5 mužů.

Překvapivým zjištěním byla poměrně častě zastoupená odpověď omezení při spánku a odpočinku označená celkem 19 respondenty (39%) a to opět převážně ženami (14 respondentek). Lze předpokládat, že důvodem mohou být psychické problémy spojené například s onkologickou povahou základního onemocnění, obavy z uvolnění nebo protržení stomické pomůcky a následného znečištění lůžka, bolestí, či jiné příčiny. Protože však v dotazníku nebyl sledován důvod porušeného spánku a procento klientů trpících těmito obtížemi bylo překvapivě velké, doporučuji zařadit tento parametr do sledovaných údajů budoucích výzkumů.

Poměrně malý počet – pouze 9 respondentů (18%), z toho 7 ileostomiků, uvedlo omezení v oblasti výživy a stravování, tím se můj teoretický předpoklad potvrdil jen částečně. Předpokládala jsem větší obtíže ve stravování ileostomiků než u kolostomiků což se ukázalo pravdivé, ale četnost těchto obtíží byla menší než očekávaná.

Téměř třetina respondentů (31%), v tomto případě převážně mužského pohlaví (11 mužů a 4 ženy), pociťovala v důsledku založení stomie omezení ve sportovních aktivitách a více než pětina respondentů (11 respondentů 22%) v oblasti koníčků a zájmů. Omezení v běžných denních aktivitách pociťovalo 7 respondentů (14%), z tohoto počtu bylo 5 respondentů v invalidním důchodu a dva starobní důchodci ve věkové skupině nad 70 let. Všech 9 respondentů (18%) kteří uvedli obtíže v zaměstnání v souvislosti se

založením stomie bylo v invalidním důchodu. Z tohoto výsledku šetření nelze bez zjištění dalších podrobností, jako například důvodu invalidního důchodu nebo povaze původního zaměstnání vyvodit žádné konkrétnější závěry.

Omezení v partnerském a sexuálním životě uvedlo 13 respondentů (27%) a to 5 žen a 8 mužů ve věkovém spektru 36 až 68 let. Vzhledem k tomu, že otázka nebyla dále rozšířena nebylo možné posoudit zda se jednalo o obtíže psychického rázu, jako například stud či strach z odmítnutí nebo fyzické problémy (poruchy citlivosti, bolesti, poruchy erekce). Dana Uherková ve své práci uvádí sexuální obtíže v souvislosti se stomií u 13% respondentů.

Omezení v žádné oblasti života nepocíťovalo po založení stomie 6 respondentů (12%) z toho 2 ženy a 4 muži. Jeden respondent dodává:

Důležité zejména si brát vše optimisticky  
emířit se se stomií. Se stomií se dá relativně plno-  
hodnotně žít. Důležité je tomu nepodlehnout jsou  
lidé co jsou na tom i hůř (štěpý, hluchí, atd.)

*Ileostomik 36 let*

## ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo shrnout základní poznatky o problematice střevních derivačních stomií, o předoperační přípravě, komplexní pooperační a následné péči o klienty - stomiky, o životním stylu, změnách v jednotlivých oblastech života a nejčastějších problémech stomiků. Teoretická část bakalářské práce bude využívána jako výukový materiál pro přípravu studentů na Střední a vyšší zdravotnické škole v Mladé Boleslavi.

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit míru spokojenosti klientů s rozsahem a kvalitou vybraných oblastí péče poskytované stomikům na mladoboleslavsku. Ve výzkumné části práce jsem sledovala a na základě údajů získaných kvantitativním výzkumem formou anonymního dotazníkového šetření hodnotila vybrané oblasti komplexní péče. Sledována byla kvalita péče multidisciplinárních zdravotnických týmů při péči o klienty s tímto druhem onemocnění, v dílčích parametrech pak byla mapována psychosociální opora stomiků a dopad omezujících faktorů provázejících každodenní život po založení stomie. Zjištěné problémy s návrhy řešení by měly posloužit jako zpětná vazba k dalšímu zlepšování péče o klienty - stomiky.

Závěry provedeného výzkumu potvrzují spokojenost klientů s mírou a kvalitou předoperační informovanosti o důvodu založení stomie, životě se stomií a problematice jejího ošetřování i současné informovanosti v oblasti nových pomůcek, péče o stomii, doporučených režimových opatření a výživových doporučení. Téměř úplná nepřítomnost problémů s ošetřováním stomie z důvodu jejího nevhodného umístění vypovídá o správné předoperační volbě vhodného místa pro umístění stomie. Dalším pozitivním zjištěním vyplývajícím z dotazníkového šetření je spokojenost klientů se správnou volbou, dobrou dostupností i způsobem financování kvalitních stomických pomůcek a vysoce profesionální pomocí stomasestry, sester domácí péče a ostatních pečujících při ošetřování stomie.

Základem moderního ošetřovatelství je komplexní péče o jedince jako o holistickou, tedy o bio-psycho-sociální a spirituální jednotku a nikoliv jen péče o tělesnou stránku člověka a právě v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb klientů se střevními derivačními stomiemi shledávám nedostatky. První problém spatřuji v téměř naprostém nezapojení odborných psychologických pracovníků do multidisciplinárního týmu pečujícího o stomika v předoperačním a bezprostředním pooperačním období. Klienti jsou

sice edukováni o tom že mají možnost vyhledat odbornou psychologickou pomoc, ale domnívám se, že jen velice okrajově. Poměrně vysoké procento klientů, kteří měli obtíže s přijetím změněného obrazu svého těla a klientů nebo kteří se se stomií dosud nedokázali vyrovnat vypovídá o potřebě důkladnějšího individuálního zhodnocení psychického stavu každého klienta a aktivnějším přístupem všech členů multidisciplinárního týmu ke zprostředkování odborné psychologické pomoci.

Za druhý problém považuji absenci klubu stomiků v mladoboleslavském regionu či blízkém okolí. Navrhuji provést další šetření zaměřené speciálně na zjištění zájmu stomiků o případné členství ve stomaklubu v Mladé Boleslavi a v kladném případě podat stomikům pomocnou ruku při jeho založení.

Prvním dílčím cílem této práce bylo zmapovat, kdo byl pro stomiky největší oporou po založení umělého střevního vývodu. Potvrdil se můj předpoklad že pro většinu klientů sehrává při překonávání náročné životní situace po založení stomie nezastupitelnou úlohu životní partner a rodina. Téměř jedna třetina stomiků však mezi osoby poskytující jim největší oporu zařadila i zdravotnické pracovníky, což je dle mého názoru velmi dobrou vizitkou pro celý pečující tým. Dílčí cíl číslo 1 byl splněn.

Druhý dílčí cíl byl zaměřen na zmapování oblastí života, ve kterých stomici pociťují největší omezení. Závěry provedeného výzkumu potvrzují že míra omezení je u respondentů rozdílná, individuální a umožňuje části stomiků provozovat i nadále řadu aktivit včetně sportu či návratu do pracovního procesu. Opětovné zapojení do plnohodnotného života a návrat k původním zálibám, koníčkům a aktivitám umožňují stále dokonalejší a kvalitnější pomůcky, které významným způsobem ovlivňují kvalitu života stomiků. Dílčí cíl číslo 2 byl splněn.

Nejčastější indikací k založení stomií jsou zhoubné nádory rekta. Česká republika patří mezi státy s vysokým výskytem tohoto onemocnění. Nebezpečí kolorektálního karcinomu spočívá v tom, že může probíhat poměrně dlouho skrytě a projevit se až v pokročilejším, a tedy obtížněji řešitelném, stádiu. Primární prevence spočívá především v úpravě životosprávy, dodržování zásad zdravé výživy (strava s vysokým obsahem vlákniny, nízkým obsahem živočišných tuků a červeného masa), zvýšení pohybové aktivity, udržování normální (ideální) hmotnosti a omezení působení vnějších rizikových faktorů (kouření, alkohol, škodlivé faktory zevního prostředí). Sekundární prevence je zaměřena na včasnou diagnostiku onemocnění v populaci asymptomatických jedinců obou pohlaví ve věku nad 50 let (u kterých vzhledem k věku stoupá riziko vzniku tohoto nádorového onemocnění) vyšetřením stolice na okultní krvácení jednoduchým

standardizovaným testem opakovaným ve dvouletém intervalu. V případě positivity testu je klient zařazen do následného diagnostického programu zahrnujícího kolonoskopické vyšetření. Pro skupiny obyvatel s vysokým rizikem (např. výskyt kolorektálního karcinomu v rodině, střevní polypózy, nespecifické střevní záněty, stav po operaci karcinomu prsu, dělohy, ovaria atd.) jsou vypracována různá schémata dispenzární péče. (Zavoral, 2001, online)

Účastí cílové populace v programu sekundární prevence kolorektálního karcinomu na mladoboleslavsku se zabývala studie lékařů gastroenterologického oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s., nemocnice Středočeského kraje z roku 2003 až 2004. Výsledky této studie ukázaly, že účast pojištěnců v depistážním programu (vyšetření stolice na okultní krvácení) byla dramaticky nízká a to pouze 7% cílové skupiny. Účast pacientů s pozitivním testem v dalším diagnostickém programu byla rovněž velmi nízká - pouze 65% pacientů v roce 2003 a 34% pacientů v roce 2004 se podrobilo koloskopickému vyšetření. (Tomsová, 2007, online)

Je proto nezbytné neustále prohlubovat systém vzdělávání a výchovy k zodpovědnosti jedince za vlastní zdraví, zlepšovat informovanost veřejnosti (spolupráce s médii) i spolupráci s praktickými lékaři tak, aby do preventivních programů vstoupilo řádově více občanů. Bohužel, zdraví samo o sobě není pro značnou část populace dost silnou motivací. Navrhovala bych zavést určitý motivační bonus ze strany zdravotních pojišťoven pro klienty pravidelně podstupující preventivní prohlídky, dalším řešením by mohla být legislativní úprava výše úhrad na všeobecné zdravotní pojištění zvýhodňující tyto klienty.

Dovoluji si tuto práci zakončit citátem Arthura Schopenhauera, významného německého filosofa 19. století: „Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“

# ANOTACE

Autor: Eva Pazderová  
Instituce: Univerzita Karlova v Praze,  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Ústav sociálního lékařství  
Název práce: Komplexní péče o klienty se střevními derivačními stomiemi  
Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová  
Počet stran: 118  
Počet příloh: 12  
Rok obhajoby: 2009  
Klíčová slova: stomie, kolostomie, ileostomie, stomické pomůcky, ošetřování stomie, péče o stomika, ošetřovatelská péče, kluby stomiků, stomik, pacient, stomasestra, rodina

Bakalářská práce pojednává o komplexní péči o klienty se střevními derivačními stomiemi. V úvodní části jsou zařazeny teoretické poznatky k dané problematice, empirická část byla zpracována na základě zjištěných a vyhodnocených údajů provedeného výzkumného šetření. Sledována byla kvalita péče multidisciplinárních zdravotnických týmu při ošetřování klientů s tímto druhem onemocnění. V dílčích parametrech byla mapována psychosociální opora stomiků a dopad omezujících faktorů, provázejících každodenní život po založení stomie.

Bachaleors thesis deals with complex care of clients with intestinal derivational stomies. In the exordium the theoretical knowledge to given questions is introduced, the empirical part was processed upon an identified and evaluated data of the realized research. The quality of care of multidisciplinary medical teams was monitored during attendance of clients with this kind of disorder. In subparameters the psychosocial support of clients with stomy was surveyed as well as the influence of restrictive factors incidental to their everyday life after stomy disposition.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Knihy a jiné monografie:

1. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. LUKÁŠ, K., et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
3. MANN, M. *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. [s.l.] : [s.n.], 1995. 263 s. ISBN 80-201-0080-6.
4. MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8.
5. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství : systémový přístup*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 2 sv. (187, 160 s.). ISBN 80-246-0429-9.
6. OTRADOVCOVÁ, I., et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha : Galén, 2006. 54 s. Care. ISBN 80-7262-432-6
7. RAYSON, E. *Living well with an ostomy*. Victoria: Trafford Publishing, 2003. 176 s. ISBN 1412000815
8. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
9. SKALICKÁ, H., et al. *Předoperační vyšetření : návody pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 149 s. ISBN 80-247-1079-X.



10. VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. Jessenius. ISBN 80-7345-058-5.
11. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 213-219. ISBN 80-247-0279-7

#### **Bakalářské práce:**

12. MATĚJKOVÁ, D. *Kvalita života u pacienta s kolostomií*. [s.l.], 2008. 109 s. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství. Bakalářská práce.
13. UHERKOVÁ, D. *Kvalita života pacientů s kolostomií*. [s.l.], 2007. 88 s. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Bakalářská práce. Dostupný z WWW: <[http://is.muni.cz/th/142938/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/142938/lf_b/)>.

#### **Brožury:**

14. CONVATEC. *Jak zůstat fit v nových podmínkách*. ConvaTec, 1994. 20 s.

#### **Elektronické články:**

15. Aktuální informace: Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Zhoubné nádory v roce 2005* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20], s. 1-8. Dostupný z WWW: <[www.uzis.cz/download\\_file.php?file=964](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=964)>.
16. BENDO VÁ, L. Specifika dětských stomií. *Sestra* [online]. 2009, roč. 19, č. 3 [cit. 2009-04-20], s. 46. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=415941>>. ISSN 1210-0404.

17. DOUBKOVÁ, K. Výživa stomika v domácím prostředí. *Sestra* [online]. 2008, roč. 18, č. 2 [cit. 2009-04-20], s. 54-55. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=346021>>. ISSN 1210-0404.
18. HOCH, J. Návrh standardu chirurgické léčby kolorektálního karcinomu. *Česká společnost hepato-pankreato-biliární chirurgie* [online]. 2005, roč. 13, č. 2 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.hpb.cz/index.php?pId=05-2-07>>.
19. HUČÍN, J., POLÁKOVÁ, Z. Zásady pro tvorbu dotazníků - pro potřeby kvantitativního výzkumu. *Metodický portál RVP: portál vzdělávání* [online]. 2004 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.rvp.cz/soubor/00341-02.pdf>>.
20. Jak na dotazník. *Dotazník-online* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.dotaznik-online.cz/uzavrene-otazky.htm>>.
21. KENEZOVÁ, M. Stomie. *Diagnóza v ošetrovatelství* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.diagnoza.info/?sec=redaction&lang=cz&red\\_id=32](http://www.diagnoza.info/?sec=redaction&lang=cz&red_id=32)>.
22. KLEINWÄCHTER, V. Mezinárodní asociace stomiků. *Onkologická péče* [online]. 2008, roč. 12, č. 3 [cit. 2009-04-20], s. 21-24. Dostupný z WWW: <[http://www.linkos.cz/vzdelavani/\\_OnkoPece/3\\_08/08.pdf](http://www.linkos.cz/vzdelavani/_OnkoPece/3_08/08.pdf)>. ISSN 1802-7407.
23. KLEINWÄCHTEROVÁ, H. Pitný režim stomiků. *Sestra* [online]. 2007, roč. 17, č. 5 [cit. 2009-04-20], s. 6. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=305701>>. ISSN 1210-0404.
24. KREML, P. Možnosti spolupráce lékařů, stomasester a klubů stomiků. *Sestra* [online]. 2007, roč. 17, č. 5 [cit. 2009-04-20], s. 4-5. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=305700>>. ISSN 1210-0404.
25. MAREŠOVÁ, H., VAŇKOVÁ, T. Edukace před koloskopií. *Sestra* [online]. 2007, roč. 17, č. 2 [cit. 2009-04-20], s. 48. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=291155>>. ISSN 1210-0404.

26. MARCÍKOVÁ, A., ŽALOUDÍK, J. Problémy kolostomie. *Univerzitní onkologické centrum Brno : problémy onkologických nemocných související s chirurgickou léčbou nádorů* [online]. 2004 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.uoc.muni.cz/prezent1/kolostom.htm>.
27. MARINÁKOVÁ, A. Historie a současnost péče o pacienty se stomií. Práce stomasestry na lůžkové části onkologie. *Onkologická péče* [online]. 2008, roč. 12, č. 3 [cit. 2009-03-20], s. 17-18. Dostupný z WWW: [http://www.linkos.cz/vzdelavani/\\_OnkoPece/3\\_08/06.pdf](http://www.linkos.cz/vzdelavani/_OnkoPece/3_08/06.pdf). ISSN 1802-7407 .
28. MRÁZEK, T. Co je to stomie : lékařský seriál. *Radim : časopis stomiků* [online]. 2002, č. 2 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.convatec.cz/cz/index.php?SH=Art&ID=6>.
29. OPATRNÝ, A. Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta . *Pastorace* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: [http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel\\_char=&sel\\_tema=111&sel\\_podtema=534&sel\\_text=2135](http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=&sel_tema=111&sel_podtema=534&sel_text=2135).
30. PAILOVÁ, N. Výživa stomiků. *Sestra* [online]. 2008, roč. 18, č. 2 [cit. 2009-04-20], s. 52. Dostupný z WWW: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=346018>. ISSN 1210-0404.
31. PATOČKOVÁ, E. Okénko do Lužické nemocnice : stomií život nekončí. *Rumburské noviny* [online]. 2002, č. 9 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://rn.sluknovsko.cz/archiv/rn2002/clanek.php3?kod1=188&cislo=9&typ=>>.
32. ŠERCLOVÁ, Z., ANTOŠ, F. Nemocný s ileostomií a kolostomií. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně: doporučené postupy pro praktické lékaře* [online]. 2002 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t180.rtf>. ISSN 1802-1891
33. ŠIROKÁ, P., VOTAVOVÁ, M. Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomického pacienta. *Sestra* [online]. 2008, roč. 18, č. 5 [cit. 2009-04-20], s. 52-53.

Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=363481>>. ISSN 1210-0404.

34. TOMSOVÁ, E., et al. Výsledky sekundární prevence kolorektálního karcinomu na Mladoboleslavsku v letech 2003-2004. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2007, roč. 61, č. 1 [cit. 2009-04-20], s. 17-21. Dostupný z WWW: <<http://www.csgh.info/detail.php?stat=228>>.
35. VANÍČKOVÁ, K. Spirituální potřeby seniorské populace v ČR: příspěvek pro 6. ostravské dny podpůrné léčby v onkologii. *Hospice.cz* [online]. 2002 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>>.
36. VŠETÍČEK, J. Technika konstrukce stomií: lékařský seriál. *Radim: časopis stomiků* [online]. 2003, č. 1 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.convatec.cz/cz/index.php?SH=Art&ID=32>>.
37. ZAVORAL, M., LADMANOVÁ, P. Kolorektální karcinom - screening a dispenzarizační programy. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně: doporučené postupy pro praktické lékaře* [online]. 2001, č. [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r067.rtf>>. ISSN 1802-1891.

#### **Webové stránky:**

38. *B|Braun Medical s.r.o.* [online]. 2008 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.bbraunweb.cz/>>.
39. *Coloplast* [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.coloplast.cz/>>.
40. *ConvaTec connection* [online]. 2004-2009 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.convatec.cz/>>.

41. *České ILCO: sdružení stomiků v České republice* [online]. Aktualizace 10.4.2009 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.ilco.cz/>>.
42. *Dansac* [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://cz.dansacimage.com/>>.
43. *Incom trading spol. s.r.o.* [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.incomtrading.cz/>>.
44. *J+A Zdravotnické potřeby s.r.o. : Welland medical* [online]. 2008 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.ja-zdravotnickepotreby.cz/welland-medical>>.
45. SANDELLS, Sharon. *Shaz's Ostomy Pages* [online]. 1997-2008 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.ostomates.org/>>.

#### **Legislativní dokumenty:**

46. 20/1966 Sb. *Zákon o péči o zdraví lidu*. Dostupný z WWW: <[http://www.sbcr.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SB1966/02066A46\\_Ob.HTM;skok#os0051](http://www.sbcr.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SB1966/02066A46_Ob.HTM;skok#os0051)>.
47. 155/1995 Sb. *Zákon o důchodovém pojištění*. Dostupný z WWW: <<http://www.sbcr.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SB95155A>>.
48. 182/1991 Sb. *Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení*. Dostupná z WWW: <[http://www.sbcr.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SB1991/18291A25\\_Ob.HTM;skok#os0000](http://www.sbcr.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SB1991/18291A25_Ob.HTM;skok#os0000)>.
49. 284/1995 Sb. *Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí, kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění*. Dostupná z WWW: <<http://www.sbcr.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SB95284A>>.

50. 424/2004 Sb. *Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Dostupná z WWW:  
<[http://www.sbcz.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SB2004/424A4A02\\_Ob.HTM;skok#os0000](http://www.sbcz.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SB2004/424A4A02_Ob.HTM;skok#os0000)>.

**Jiné zdroje informací:**

Zpráva shrnující výzkum Petřivalského nadace a agentury Median z roku 2008, zaměřený na získávání informací o nově operovaných pacientech se stomií v období 2006 – 2008 laskavě poskytnutá panem Doc. RNDr. Pavlem Kremlem, CSc., místopředsedou Českého ILCO.

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
a.s.	Akciová společnost
ATB	Antibiotika
atd.	A tak dále
cm	Centimetr
č.	Číslo
ČR	Česká republika
$f_i$	Relativní četnosti
IOA	International Ostomy Association
ILCO	Sdružení kolostomiků, ileostomiků a urostomiků
JIP	Jednotka intenzivní péče
Kč	Koruna česká
kg	Kilogram
km	Kilometr
ks.	Kus
ml	Mililitr
mm	Milimetr
např.	Například
$n_i$	Absolutní četnost
PC	Osobní počítač
s.	Strana
Sb.	Sbírka
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WCET	World Council of Enterostomal Therapists

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Pohlaví respondentů	48
Tabulka č. 2	Věk respondentů	49
Tabulka č. 3	Zaměstnání respondentů	50
Tabulka č. 4	Bydliště respondentů	51
Tabulka č. 5	Soužití respondentů	52
Tabulka č. 6	Založení stomie	53
Tabulka č. 7	Typ stomie	54
Tabulka č. 8	Plánovanost operace	55
Tabulka č. 9	Informace před operací	56
Tabulka č. 10	Současná informovanost	58
Tabulka č. 11	Kontroly ve stomaporadně	59
Tabulka č. 12	Domácí péče	60
Tabulka č. 13	Hodnocení domácí péče	61
Tabulka č. 14	Pomoc při řešení problémů	62
Tabulka č. 15	Nevhodné umístění stomie	63
Tabulka č. 16	Vyhovující pomůcky	64
Tabulka č. 17	Dostupnost pomůcek	65
Tabulka č. 18	Finanční zatížení	66
Tabulka č. 19	Členství v klubech	67
Tabulka č. 20	Smíření s novým vzhledem	68
Tabulka č. 21	Psychologická pomoc	69
Tabulka č. 22	Opora po založení stomie	70
Tabulka č. 23	Oblasti s největším omezením	71



## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Pohlaví respondentů	48
Graf č.2	Věk respondentů	49
Graf č.3	Zaměstnání respondentů	50
Graf č. 4	Bydliště respondentů	51
Graf č. 5	Soužití respondentů	52
Graf č. 6	Založení stomie	53
Graf č. 7	Typ stomie	54
Graf č. 8	Plánovanost operace	55
Graf č. 9	Informace před operací	57
Graf č. 10	Současná informovanost	58
Graf č. 11	Kontroly ve stomaporadně	59
Graf č. 12	Domácí péče	60
Graf č. 13	Hodnocení domácí péče	61
Graf č. 14	Nevhodné umístění stomie	63
Graf č. 15	Vyhovující pomůcky	64
Graf č. 16	Dostupnost pomůcek	65
Graf č. 17	Finanční zatížení	66
Graf č. 18	Členství v klubech	67
Graf č. 19	Smíření s novým vzhledem	68
Graf č. 20	Psychologická pomoc	69

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Dotazník pro respondenty výzkumného šetření	99
Příloha 2	Žádost o povolení výzkumného šetření	103
Příloha 3	Žádost o povolení výzkumného šetření	104
Příloha 4	Obecné rozdělení stomií	105
Příloha 5	Historické stomické pomůcky	106
Příloha 6	Stomické pomůcky	107
Příloha 7	Vhodné a nevhodné potraviny pro klienty s kolostomií a ileostomií	108
Příloha 8	Charta práv stomiků	110
Příloha 9	Desatero pro nové stomiky podle Anity Price	111
Příloha 10	Kluby stomiků	112
Příloha 11	Seznam dobrovolných návštěvníků Českého ILCO	115
Příloha 12	25 otázek a odpovědí k nádorům tlustého střeva	116

# PŘÍLOHA 1

Vážená paní, Vážený pane,

Jmenuji se Eva Pazderová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Dovoluji si Vás touto cestou oslovit a požádat Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí bakalářské práce s tématem „**Komplexní péče o klienty se střevními derivačními stomiemi**“ a má za cíl zhodnotit míru Vaší spokojenosti s rozsahem a kvalitou péče poskytované stomikům v našem regionu.

Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné.

**Při vyplňování dotazníku označte, prosím, jednu Vámi zvolenou odpověď křížkem případně můžete na „vytečkovaných“ místech odpověď rozšířit a doplnit.**

Za poskytnutí údajů Vám předem mnohokrát děkuji a chci Vám touto cestou popřát pevné zdraví a mnoho životního optimismu.

## A. INFORMATIVNÍ ČÁST

### 1. Pohlaví

☐ muž

☐ žena

### 2. Věk ..... let

### 3. Jaké je Vaše zaměstnání?

☐ v pracovním poměru

☐ soukromě podnikám

☐ invalidní důchodce

☐ starobní důchodce

☐ nezaměstnaný

### 4. Kde žijete?

☐ ve městě

☐ na vesnici

### S kým žijete?

☐ sám/a

☐ s partnerkou/partnerem

☐ s rodinou

☐ v sociálním zařízení (domov důchodců, penzion, hospic atd.)

☐ jiná varianta (prosím vypište).....

## B. ZJIŠŤUJÍCÍ ČÁST

5. Jak dlouho máte stomii? ..... měsíců, let

6. Jaký máte typ stomie?

☐ kolostomie

☐ ileostomie

Z hlediska časovosti je Vaše stomie:

☐ trvalá

☐ dočasná

7. Operace při které Vám byla založena stomie byla:

☐ plánovaná

☐ neplánovaná

8. Kdo a v jaké kvalitě Vás před operací informoval o důvodu založení stomie, životě se stomií a problematice jejího ošetřování? Prosím oznámujte jako ve škole

(1 výborná, 5 nedostatečná )

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

ošetřující lékař

stomická sestra

všeobecná sestra na oddělení nebo v ambulanci

jiná osoba (prosím vyplňte a ohodnoťte).....

9. Domníváte se, že nyní máte dostatek informací ohledně stomie?

(nové pomůcky, ošetřování, výživová doporučení, komplikace, stoma kluby atd.)

☐ ano

☐ spíše ano

☐ spíše ne

☐ ne

Vyplňte prosím v jakých oblastech byste uvítal/a více informací.....

.....

10. Jak často chodíte na kontroly do proktologické poradny? (stoma poradny)

.....

11. Využil/a jste někdy v souvislosti s péčí o stomii služeb Domácí zdravotní péče?

☐ ano, pravidelně

☐ ano, pouze ze začátku

☐ ano, při problémech se stomií

☐ ne

Pokud ano, jak byste jí ohodnotil/a? Prosím oznámujte jako ve škole (1 nejlepší)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

sestra domácí péče

**12. Kdo Vám poskytuje pomoc při řešení problémů se stomií?**

(je možné uvést více odpovědí)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> stomasestra                  | <input type="checkbox"/> sestra domácí péče               |
| <input type="checkbox"/> praktický lékař              | <input type="checkbox"/> partner, rodina                  |
| <input type="checkbox"/> hledáte rady v klubu stomiků | <input type="checkbox"/> někdo jiný (prosím vypište)..... |

**13. Máte nějaké problémy s ošetřováním stomie z důvodu jejího nevhodného umístění?**

- ☐ ne                      ☐ ano (jaké?, prosím vypište).....

**14. Vyhovují Vám pomůcky, které používáte?**

- |                                   |   |                              |                             |
|-----------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ano      | <input type="checkbox"/> spíše ano                        |                              |                             |
| <input type="checkbox"/> spíše ne | <input type="checkbox"/> ne, máte možnost vyzkoušet jiné? | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

**15. Domníváte se, že jsou pomůcky pro stomiky v našem regionu dobře dostupné?**

- ☐ ano                      ☐ spíše ano                      ☐ spíše ne                      ☐ ne

**16. Po finanční stránce hodnotíte zajištění nutných stomických pomůcek a léků pro svoji potřebu jako:**

- ☐ nezatěžující ve větší míře můj finanční rozpočet
- ☐ finanční výdaje jsou značné
- ☐ mám výrazné finanční problémy při nákupu stomických pomůcek a léků

**17. Jste členem klubu stomiků?**

- ☐ ano                      ☐ ne (proč? prosím vypište).....
- .....

**18. Bylo pro Vás těžké smířit se s novým vzhledem Vašeho těla?**

- ☐ ano, bylo                      ☐ ne, nebylo                      ☐ nesmířil/a jsem se

**19. Využil/a jste při překonávání této životní situace po založení stomie odbornou psychologickou pomoc?**

- ☐ ne, nepotřeboval/a jsem jí                      ☐ ano, využil/a jsem jí
- ☐ využil/a bych ji, ale nevěděl/a jsem kde ji hledat

**Pokud ano, byla pro řešení Vašich problémů přínosem?**

- ☐ ano                      ☐ spíše ano                      ☐ spíše ne                      ☐ ne

**20. Kdo byl pro Vás největší oporou při překonávání nové životní situace po založení stomie? (je možné uvést více odpovědí)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> rodina a nejbližší příbuzní      | <input type="checkbox"/> partner/ka                    |
| <input type="checkbox"/> přátelé a spolupracovníci        | <input type="checkbox"/> odborný zdravotnický personál |
| <input type="checkbox"/> někdo jiný (prosím vypište)..... |  |

**21. Ve kterých oblastech života pociťujete po založení stomie největší omezení?**

(je možné uvést více odpovědí)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vůbec mě neomezuje          | <input type="checkbox"/> spánek a odpočinek                 |
| <input type="checkbox"/> koníčky a zájmy             | <input type="checkbox"/> společenský život                  |
| <input type="checkbox"/> partnerský a sexuální život | <input type="checkbox"/> výživa stravování                  |
| <input type="checkbox"/> sport                       | <input type="checkbox"/> běžné denní činnosti               |
| <input type="checkbox"/> kontakt s přáteli           | <input type="checkbox"/> oblékání                           |
| <input type="checkbox"/> cestování                   | <input type="checkbox"/> zaměstnání                         |
| <input type="checkbox"/> rodinný život               | <input type="checkbox"/> jiné oblasti (prosím vypište)..... |

.....

.....

## PŘÍLOHA 2

Vážená paní

**Bc. Kajetána Ternbachová**, náměstek pro ošetrovatelskou péči

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje

V. Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav

V Hradci Králové, 28.1.2009

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje**

Vážená paní náměstkyně,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje, v poradně pro pacienty se stomií, na chirurgickém oddělení a na oddělení domácí péče v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Evy Pazderové, narozené 29.3.1976, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – Všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjištění subjektivní spokojenosti klientů s rozsahem a kvalitou komplexní péče poskytované stomikům na mladoboleslavsku.

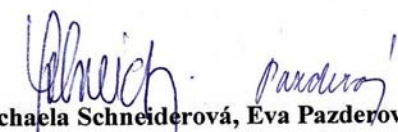
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

  
**Michaela Schneiderová, Eva Pazderová**  
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Kontaktní adresa:

**Mgr. Michaela Schneiderová**

Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Šimkova 870, poštovní příhrádka 38

500 38 Hradec Králové

Tel: 495 816 416

E-mail: [schneiderovam@lfhk.cuni.cz](mailto:schneiderovam@lfhk.cuni.cz)


**Vyjádření vedení instituce:**

☒ souhlasím  
☐ nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 2. 12. 2008

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.,  
nemocnice Středočeského kraje  
**MLADÁ BOESLAV, tř. Václava Klementa 147**  
náměstek pro ošetrovatelskou péči  
tel. 326 742 003

  
Podpis, razítko

# PŘÍLOHA 3

Vážený pan ředitel

**Ing. Josef Langer**

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje

V. Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav

V Hradci Králové, 28.1.2009

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje**

Vážený pane řediteli,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje, v poradně pro pacienty se stomií, na chirurgickém oddělení a na oddělení domácí péče v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Evy Pazderové, narozené 29.3.1976, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – Všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjištění subjektivní spokojenosti klientů s rozsahem a kvalitou komplexní péče poskytované stomikům na mladoboleslavsku.


Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství LF UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

  
**Michaela Schneiderová, Eva Pazderová**  
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Kontaktní adresa:

**Mgr. Michaela Schneiderová**  
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství  
Lékařská fakulta v Hradci Králové  
Šimkova 870, poštovní příhrádka 38  
500 38 Hradec Králové  
Tel: 495 816 416  
E-mail: [schneiderovam@lfhk.cuni.cz](mailto:schneiderovam@lfhk.cuni.cz)

**Vyjádření vedení instituce:**

☒ souhlasím  
☐ nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 9/12/.....2008

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.,  
nemocnice Středočeského kraje  
Václava Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav  
IČ: 272 56 456, DIČ: CZ27256456 1

  
Podpis, razítko



# PŘÍLOHA 4

## Obecné rozdělení stomií

Z hlediska indikace a účelu můžeme stomie rozdělit na výživné a derivační. Výživné stomie, jak název napovídá, slouží k zajištění enterální výživy u nemocných, kteří nemohou přijímat potravu přirozenou cestou. Derivační stomie naopak zajišťují odvedení obsahu dutého orgánu. Název se odvíjí od místa provedení vývodu.

### Výživné stomie

- gastrostomie - vyústění žaludku
- jejunostomie - vyústění lačnicku.

### Derivační stomie

- esofagostomie - vyústění jícnu; slouží k odvádění spolykaných slin
- tracheostomie - vyústění průdušnice s cílem zajistit průchodnost dýchacích cest
- urostomie představuje vývod moči mimo přirozenou cestu; lze jej provést ze všech částí močového systému
  - a) nefrostomie - vývod přímo z ledviny
  - b) pyelostomie - vyústění ledvinové pánvičky
  - c) epicystostomie - vývod močového měchýře
  - e) ureterostomie - vyústění močovodu na povrch břišní stěny (Marková, 2006, s. 24)
- intestinální (střevní) stomie - celosvětově je pro ně užíván název „ostomy“ (Marková, 2006, s. 18)
  - a) ileostomie - vyvedení tenkého
  - b) kolostomie - vyvedení tlustého střeva.

## PŘÍLOHA 5

**Historické stomické pomůcky** (foto archiv autorky)



## PŘÍLOHA 6

**Stomické pomůcky** (foto archiv autorky)



## PŘÍLOHA 7

### Vhodné a nevhodné potraviny pro klienty s kolostomií a ileostomií

(Pailová, 2008, online)

Potraviny	Vhodné	Nevhodné
Polévky	obilninové z ovesných vloček, rýžové, krupicové, masové vývary s kapáním, s rýží, s těstovinami, bramborové, zeleninové	luštěninové, dršťkové, gulášové, zelné, v sáčkích, ze sušené zeleniny
Masa	hovězí, telecí, vepřové, drůbež, šunka, drůbeží salámy	husa, kachna, tučná, uzená masa, tlačěnka, jelita, jitrnice, vnitřnosti, konzervy
Omáčky	masová, bešamelová, rajská, koprová, svíčková, játrová	
Vejce	naměkko i natvrdo, omeleta smažená	
Mléko	sušené sojové mléko Oves-milk, které má čtyřikrát více vápníku než kravské	syrové mléko je nutno vyzkoušet
Jogurty	jíst pravidelně pro udržení střevního prostředí	
Mléčné výrobky	tvaroh, žervé, nízkotučné tavené sýry	tvrdé sýry, uzené, pikantní a tučné sýry (45% tuku)
Tuky	máslo, rostlinné oleje, Flora pro-activ	sádlo, škvarky, slanina, přepalované tuky
Pečivo	bílé pečivo, veka, starší chléb	celozrnný chléb a pečivo, topinky
Moučníky	piškotová a třená těsta, pěny, pudinky, krémy	tučná kynutá těsta, koblihy
Příkrmy	těstoviny, houskové knedlíky, brambory, rýže	kynuté knedlíky, smažené brambory, hranolky
Ryby	filé pečené, grilované, okoun, pstruh	tučné ryby, konzervované ryby v omáčce, tuňák, makrela, sardinky
Zelenina	mrkev, hlávkový salát, loupaná rajčata nebo šťáva z nich, mladá zelenina, vařená, strouhaná a lisovaná	kapusta, zelí, květák, česnek, cibule, ředkev, fazolka, kedlubny, salátové okurky, houby, paprika, luštěniny

Potraviny	Vhodné	Nevhodné
Ovoce	pyré, loupané, kompotované ovoce, lisované ovoce a šťávy, dobře vyzrálé banány	švestky, třešně, hrušky, ryngle, rybíz, angrešt, fíky, sušené ovoce, mandle a ořechy
Nápoje	nenasycené minerální vody, čaje, bylinné čaje a ovocné šťávy; občas dle snášenlivosti slabá káva, kakao, pivo, červené víno	sodovka, mošty, silný alkohol, šumivé nápoje
Sladidla	glukopur, cukr, umělá sladidla, med	pozor na nadváhu
Koření	bylinné koření, pažitka, kopr, sladká paprika, majoránka, opatrněji – tymián, pepř, nové koření, bobkový list	hořčice, ocet, kari, pálivá paprika, sójová omáčka, magi, nakládané okurky a olivy

## Účinek některých potravin

Nadýmavý účinek	luštěniny, čerstvý chléb a pečivo, zelí, květák, vejce, pivo, cibule, šumivé nápoje a nápoje s obsahem oxidu uhličitého
Proti nadýmání	jogurt, brusinky
Zápach podporuje	chřest, houby, luštěniny, vejce, ryby, cibule, zelí, česnek, květák, ostrá koření a některé druhy sýrů
Zápach tlumí	jogurt, petržel, šťáva z brusinek a brusinky
Projímavě působí	káva, cukr, alkohol, švestky, hrušky, fíky, kyselé zelí, kapusta, luštěniny, mléko, masové vývary, ryby, šumivé nápoje a sladkosti
Průjem tlumí	čokoláda, bílý chléb, rýže, banány, strouhané jablko, brambory, vývar z rýže a mrkve, je důležité doplňovat tekutiny, soli a glukózu
Zácpa	prospěje sklenice čerstvé pomerančové šťávy ráno před jídlem, důležitý je příjem tekutin
Břišní koliku mohou způsobit	ořechy, luštěniny, hlávkové zelí, kapusta, cibule, houby, křížaly, kukuřice

## PŘÍLOHA 8

### **Charta práv stomiků** ([www.ilco.cz](http://www.ilco.cz))

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Musí obdržet informace i péči, které jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí a participovat na všech důležitých rozhodnutích. Mezinárodní asociace stomiků deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemích světa.

#### **Každý stomik má právo:**

- na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií,
- na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta,
- na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě,
- na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života,
- na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici,
- na možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek,
- na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují,
- na ochranu proti jakékoliv formě diskriminace.
- na jistotu, že osobní informace týkající se jeho operace vedoucí k vytvoření stomie budou důvěrné, aby bylo zachováno jeho soukromí, a že informace o jeho zdravotním stavu nebude sdělena nikým, kdo ji má právo znát, žádnému subjektu, který je angažován ve výrobě, prodeji nebo distribuci stomických pomůcek, ani žádné osobě, které by mohla profitovat přímo nebo nepřímo, díky svému vztahu ke komerčnímu trhu se stomickými pomůckami, bez výslovného svolení stomika

Charta práv stomiků byla schválena na 11. Světového kongresu IOA v Portu, 26. - 31.8.2004.

## PŘÍLOHA 9

### **Desatero pro nové stomiky podle Anity Price** ([www.ostomates.org](http://www.ostomates.org))

1. Neexistuje odpověď na otázku: "Proč zrovna já?". Je však normální hledat odpovědi na otázky spojené s dalším životem.
2. V několika prvních měsících po operaci bude stomie měnit tvar a velikost. Bude se zmenšovat počáteční otok stomie a tím se bude poněkud zmenšovat její průměr. Sledujte změnu velikosti stomie při každé výměně pomůcky až do stabilizace velikosti.
3. U každé osoby je stomie trochu jiná, stejně jako jsou u každého odlišné otisky prstů.
4. Velmi užitečné jsou rady a pomoc od někoho, kdo již stomii má. Zeptejte se lékaře nebo stomasestry, zda není možnost setkání s takovým člověkem.
5. Je to Vaše stomie. Naučte se ovládat Vaši stomii a nedopust'te, aby stomie ovládala Vás. Je normální, že zpočátku bude stomie v centru Vaší pozornosti. S postupem času a s rostoucí zkušeností se stomie stane normální součástí Vašeho života.
6. Naučíte se základní techniky. Budete se setkávat s různými problémy a budete je muset řešit. Když se naučíte řešit tyto potíže a získáte nové zkušenosti, péče o stomii se bude stávat bezproblémovou. Nenechte se vyvést z míry náhodným únikem stolice či plynů. Pokud máte problémy opakovaně, obraťte se na stomasestru.
7. Pro zdravý způsob života je velmi důležitá dobrá výživa. Platí pro Vás obecná doporučení platná pro všechny lidi. Je však nutno přihlížet k dobré a bezproblémové funkci stomie.
8. Nejste sami! Chirurgové na celém světě vytvoří každý pracovní den nejméně 500 nových stomií. Na každých 2000 osob připadá jeden stomik a na světě je více než 2 milióny stomiků. Pomoci Vám mohou kluby stomiků a specializované stomasestry.
9. Jste naživu! Budete se cítit lépe a budete silnější, až se zotavíte po operaci. Dopřejte si čas na zotavení po operaci, na přizpůsobení se tělesným změnám a na adaptaci na stomii.
10. Podělte se o své zkušenosti s dalšími novými stomiky, s Vaší rodinou a přáteli. Záleží pouze na Vás, komu řeknete, že máte stomii. Až získáte potřebné zkušenosti, budete mít řadu příležitostí pomoci dalším. Vzpomeňte si na vlastní zkušenosti, strach z neznámého a bezmocnost, dokud jste nepotkali další, kteří jdou stejnou cestou jako Vy.



## PŘÍLOHA 10

## Kluby stomiků ([www.ilco.cz](http://www.ilco.cz))



## Členské kluby sdružení České ILCO

**Klub stomiků Brno** – předseda MVDr. Karel Šmíd  
Vltavská 7, 625 00 Brno  
tel.: 547 355 035, 603 540 786  
e-mail: janstr@centrum.cz

**Klub stomiků ILCO Brno** – předsedkyně Jana Kuchtová  
Zahradníková 2/8, 611 41 Brno  
tel. 739 845 134

**Klub stomiků Česká Lípa** – předsedkyně Marie Ruczová  
Čs. Armády 1471, 470 01 Česká Lípa  
tel. 602 459 138

**ILCO Cheb při chirurgické nemocnici, Cheb** – předseda Vlastimil Pilmajer  
Havlíčková 25, 350 02 Cheb  
tel.: 354 422 995

**Klub stomiků Karlovy Vary – předseda Jan Potužák**  
Na Vyhlídce 32, 360 01 Karlovy Vary  
tel.: 353 227 628

**Klub stomiků Kroměříž** – předsedkyně Monika Jordánová  
Nemocnice Kroměříž - chirurgie  
Havlíčková 660, 767 55 Kroměříž  
tel.: 728 405 126



**Klub stomiků okresu Nový Jičín** – předseda Jaroslav Pecha  
Bělotín 115, PSC 753 64 Bělotín  
tel.: 775 997 248  
<http://www.stomici.unas.cz/>

**Slezský klub stomiků Opava, o.s.** – předseda Pavel Elbl  
Antonína Sovy 11, 747 05 Opava  
tel.: 777 625 014  
e-mail: [pavel.elbl@seznam.cz](mailto:pavel.elbl@seznam.cz)

**Slezský klub stomiků Ostrava** – předseda Doc. RNDr. Pavel Kreml, CSc.  
Francouzská 6015, 708 00 Ostrava-Poruba  
tel.: 596 994 175, 737 588 111  
e-mail: [pavel.kreml@vsb.cz](mailto:pavel.kreml@vsb.cz)  
<http://www.ilco.cz/Ostrava/>

**FIT ILCO Praha, o.s.** – předsedkyně Ing. Marie Ředinová  
Vratislavova 9, 128 00 Praha 2  
tel.: 221 982 434, 728 870 963  
e-mail: [marieredinova@seznam.cz](mailto:marieredinova@seznam.cz)  
<http://www.stomici-praha.wz.cz/index.html>

**Klub stomiků Prostějov, o.s.** – předseda Jaromír Obr  
Ohrozim 10, 798 03 Plumlov  
tel.: 582 393 468  
e-mail: [struzkova.petra@seznam.cz](mailto:struzkova.petra@seznam.cz)

**Klub stomiků při nemocnici Přerov, o.s.** – předseda Josef Matoušek  
Svatopluka Čecha 1233, 751 31 Lipník n/Beč.  
tel.: 602 567 403, 581 771 634  
e-mail: [josefmatousek1@seznam.cz](mailto:josefmatousek1@seznam.cz)

**ILCO Příbram** – předseda Jiří Ureš  
Jar. Zástěry 537, 261 01 Příbram II  
tel. 605 069 016  
e-mail: [jiri.ures@seznam.cz](mailto:jiri.ures@seznam.cz)

**ILCO Tábor** – předsedkyně Zdena Šabatková  
Husinecká 940, 390 02 Tábor  
tel.: 381 257 006, 723 548 405

**Klub stomiků ILCO Vysočina** – předsedkyně Marie Dvořáková  
Dvořiště 1032, 593 01 Bystřice nad Pernštejnem  
tel.: 731 409 625

**Klub stomiků Zlín, o.s.** – předsedkyně Marie Martinová  
Nivy II 4241, 760 01 Zlín  
tel.: 577 430 982, 721 096 151  
e-mail: [maka.zlin@centrum.cz](mailto:maka.zlin@centrum.cz)

## **Kluby které nejsou členy sdružení České ILCO**

**Charita Blansko** – předsedkyně Iveta Čipková  
Sadová 2, 678 01 Blansko

**Základní organizace stomiků Hradec Králové** – předsedkyně Věra Lammrová  
Jungmanova 1404, 500 02 Hradec Králové

**Svaz postižených civilizačními chorobami**  
Základní organizace ONKO – předseda Jan Bublík  
Stavbařů 213, 386 01 Strakonice  
tel.: 383 333 627

**Dobrovolné sdružení stomiků Trutnov** – předsedkyně Marie Šárová  
Nemocnice, 541 01 Trutnov  
tel.: 499 866 241

**Nemocnice Ústí nad Orlicí** – předsedkyně Hana Škrabánková  
Nemocnice, 562 18 Ústí nad Orlicí  
tel.: 465 564 336

# PŘÍLOHA 11

## Seznam dobrovolných návštěvníků Českého ILCO ([www.ilco.cz](http://www.ilco.cz))

Jméno	Působnost	Kontakt
Marie MAZÁČOVÁ	Brno	tel.: 547 215 043, 732 545 603
Josef TIHLAŘÍK	Brno	tel.: 519 421 178
Václav BÁRTEK	Nový Jičín	tel.: 604 406 595, 724 233 626
Iva HOLEČKOVÁ	Praha	tel.: 605 410 770 ivaholeckova@quick.cz
Alice KŘEPÍNSKÁ	Praha	tel.: 606 501 880 e-mail: krepina@volny.cz
Josef ŽÁK	Prostějov	tel.: 736 136 221
Františka KAŠTYLOVÁ	Prostějov	tel.: 723 771 278
Alena NEČASOVÁ	Haviřov, Ostrava	tel.: 604 120 047 e-mail: alca.necasova@volny.cz
Doc. PhDr. Svatopluk ČERMÁK, CSc.	Ostrava	tel.: 596 957 119, 603 533 552
Libuše BAROŠOVÁ	Ostrava, Frýdek-Místek	tel.: 558 436 033
Jiří ZÁMEČNÍK	Ostrava	tel.: 596 624 385, 732 929 549 e-mail: jiri.zamecnik@iol.cz
Irena LOHUTINOVÁ	Ostrava	tel.: 739 996 080 e-mail: iirca@seznam.cz
Jan STRACHOŇ	Ostrava	tel.: 596 237 622
Marie ŘEDINOVÁ	Praha	tel.: 221 982 434, 728 870 963 e-mail: marieredinova@seznam.cz
Josef PÁTER	okr. Nový Jičín	tel.: 557 752 458, 723 074 964
Marie KUNORZOVÁ	okr. Zlín	tel.: 577 131 721
Jaroslav KAROLA	okr. Zlín	tel.: 577 911 480
František KRONES	Brno	tel.: 549 259 333
Jana PROCHÁZKOVÁ	Brno	tel.: 543 251 270

## PŘÍLOHA 12

### 25 otázek a odpovědí k nádorům tlustého střeva ([www.ilco.cz](http://www.ilco.cz))

- **Je to časté onemocnění v naší populaci?**

Ano. Celosvětově jsou počty nemocných pacientů na 100 000 obyvatel nejvyšší v civilizovaných zemích. Naše republika se zařadila na první místa v celosvětových statistikách.

- **Jaké jsou rizikové faktory?**

Mezi rizikové faktory patří strava s vysokým obsahem živočišných tuků a červeného masa, nízký obsah vlákniny ve stravě, nadváha, konzumace alkoholu a nedostatečný příjem některých látek jako je vitamín C a kyselina listová.

- **Můžu nějak ovlivnit vznik nádoru stravou?**

Ano. Omezte příjem alkoholu, omezte tučnou stravu, jezte více drůbež a ryby než tučná masa a uzeniny. Jezte hodně ovoce a zeleniny, protože obsahuje vlákninu, ale také vitamíny a stopové prvky. Omezte uzení a grilování na ohni, omezte smažení jídel. Nekuřte. Omezte používání soli. Sportujte, hlídejte si váhu.

- **Dědeček onemocněl na nádor střeva v 75 letech. Onemocním také?**

Jsou některé rodiny, kde se vyskytuje nádor střeva v mladém věku a postihuje několik příslušníků rodiny. Víme, že dědičné formy představují asi 5-15 % všech nádorů střeva. Daleko častější je tzv. sporadický karcinom, který představuje asi 80 % všech zhoubných nádorů a nedědí se.

- **Léčím se od dětství na zánětlivé onemocnění střeva (ulcerosní kolitidu). Mám vyšší riziko, že onemocním nádorem střeva?**

Ano. Patříte do tzv. skupiny s vysokým rizikem, kam patří i ti, kteří mají polypy střeva, mají po operaci nádoru střeva, prsu, vaječníku. Za osoby se zvýšeným rizikem považujeme i ty, jejichž rodiče nebo sourozence měli nádor střeva.

- **Je onemocnění vyléčitelné?**

Pokud přijdete včas, je onemocnění vyléčitelné. Bohužel více než polovina případů je zachycena až v pokročilém onemocnění.

- **Jak nádor vznikne?**

Asi 80 % zhoubných nádorů vzniká na podkladě přeměny původně nezhooubného nádoru. Na střevní sliznici se tvoří polypy (což jsou takové “ bambulky” na stopce) a původně nezhooubná tkáň se zhoubně zvrhne. Tento proces může trvat i několik let. Pokud objevíme tento nezhooubný nádor nebo jeho počáteční přeměnu, můžeme ho velmi snadno odstranit a nedojde ke zhoubné přeměně.

- **Jaké jsou příznaky nezhoubného polypu?**

V tom je právě problém, že vůbec žádné příznaky nejsou.

- **Jaké jsou příznaky rakoviny střeva?**

Záleží na tom, kde nádor je uložený. Pokud je blízko svěrače konečníku může se projevit třeba častým nucením na stolicí, odchodem krve a hlenu. V pravé polovině střeva může zůstat dlouho bezpříznakový a upozorní na něj třeba až vzniklá únava a chudokrevnost. Mezi nejčastější příznaky je změna pravidelnosti stolice, střídání průjmu nebo zácpy, přítomnost krve ve stolici, úzká stolice, nadýmání, pocit plnosti nebo křeče, pocit nedokonalého vyprázdnění, neúmyslná ztráta hmotnosti, zvýšená únava. Tyto příznaky však nemusí znamenat jen nádor střeva, mohou se vykytovat i u nenádorového onemocnění. Je však potřeba poradit se s lékařem.

- **Měl jsem provedené odběry krve. Vyšetřili mi sedimentaci, krevní obraz, cholesterol a jaterní soubor. Vše bylo v pořádku. Znamená to, že jistě nemám nádor střeva ?**

Chudokrevnost a vysoká FW jsou příznakem až pokročilého onemocnění. Na druhou stranu vysoká sedimentace a chudokrevnost nemusí vůbec znamenat nádorové onemocnění.

- **Existuje nějaký preventivní program?**

Provádí se vyšetření stolice na tzv. okultní krvácení. To je taková příměs krve ve stolici, která není vidět pouhým okem. Test je velmi jednoduchý a spočívá v tom, že tři dny po sobě dáváte vzorek stolice na malá papírová psaníčka. Princip testu vychází z toho, že většina nádorů ztrácí malé množství krve do stolice. Test samozřejmě neodliší krvácení z nádoru a například z nějaké banality jako jsou hemeroidy nebo nějaká prasklá žilka.

- **Komu je test určen?**

Test je pro osoby nad 50 let věku a toto vyšetření stolice je součástí preventivní prohlídky u praktického lékaře. Test je hrazen jedenkrát za 2 roky zdravotní pojišťovnou.

- **Můžu během testu normálně jíst?**

V době provádění testu se doporučuje jíst hodně zeleniny, luštěnin a tmavého chleba. Naopak se nedoporučuje jíst krevní tučnice, jelita, prejt, prejtovou polívku, syrové maso a zvěřinu. Nemají se užívat léky jako jsou vitamín C, Acylpyrin, léky proti bolesti hlavy a léky snižující srážlivost krve, protože test by mohl být falešně pozitivní.

- **Používá se tento test i v zahraničí?**

Proběhly velké studie v Německu, Francii, Dánsku, Švédsku a Anglii s tímto testem. V zahraničí existují i jiné preventivní programy. Další možností v naší republice je, že si například přímo sám zaplatíte kolonoskopii.

- **Dává test stoprocentní jistotu, že jsem zdravý?**

Falešná negativita testu může být způsobena tím, že polyp nebo nádor nemusí krvácet denně. Na druhou stranu po léčích, které snižují srážlivost krve, může být falešně pozitivní.

- **Nyní mám bolesti břicha, častější stolice, odchod hlenu. Lékař mě posílá na vyšetření střeva. Nestačilo by udělat jen test na okultní krvácení?**

Ne. Test je určen pro vyšetření bezpříznakové populace a vytipování těch, kteří mají být dále ošetřeni. Vaše příznaky je nutné došetřit po vyprázdnění nejlépe kolonoskopií.

- **Co se stane, když je test pozitivní?**

Je nutné došetřit střevo po vyprázdnění tzv. kolonoskopií. Vyšetření se provádí tak, že v poloze na levém boku Vám lékař zavádí přístroj ve tvaru dlouhé ohebné hadice. Během výkonu se fouká do střev malé množství vzduchu. Toto vyšetření nahrazuje rentgenové vyšetření, protože přináší přesnější informace. Výhodou této metody je to, že je vidět skutečná sliznice ve zvětšeném na obrazovce. Je možné také odebrat vzorky na vyšetření pod mikroskopem. Odběr je nebolestivý, necítíte ho. Touto cestou je možné také odstranit ze střeva nádorky střeva- polypy.

- **Je to bolestivé?**

Tato metoda patří spíše do kategorie protivných a nepříjemných vyšetření. Dnes se jí však dává celosvětově přednost před rentgenovým vyšetřením. Čím lépe jste vyprázdněný, tím jsou lepší podmínky k vyšetření. Před výkonem dostanete injekci od bolesti a připichujeme během výkonu.

- **Jak dlouho výkon trvá?**

Vyšetření trvá asi 20 minut. Po výkonu Vás necháme ještě 30 minut ležet na naší vyšetřovně.

- **Musím na kolonoskopii ležet v nemocnici?**

Ne. Běžně se pacient vyprázdní doma a na výkon přijde ambulantně. Po injekci, kterou dostanete během výkonu, nesmíte 24 hodin řídit auto. Pokud by bylo plánováno odstranění polypu, je třeba zůstat 24 hodin ležet v nemocnici.

- **Jaká je příprava na vyšetření?**

Dostanete poučení o výkonu, návod na přípravu a recept na projímadlo. Každé pracoviště má svůj osvědčený postup. Doporučujeme, aby byla jeden den kašovitá strava, další den jen čaj nebo minerálky, odpoledne vypijete 4 sáčky projímadla rozpuštěné ve 4 litrech vody. Vyprázdníte se a další den nalačno provádíme výkon. Pokud máte těžce nemocné srdce nebo cukrovku, upravíme přípravu.

- **Vyšetřují se takto i pacienti s vývodem (stomií)?**

Ano. Je to běžný postup.

- **Má výkon i komplikace?**

Absolutní bezrizikovitost nemůže zaručit žádný lékař. Komplikace jsou velmi vzácné (ani ne 1 %).